



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA ANSIEDAD,
DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada por el Bachiller:

ESTEBAN MARIANO ZUÑIGA TELLEZ

Para optar por el Título Profesional de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Asesora: Mg. Milagros Isela Cahuana Cuentas

AREQUIPA-PERÚ, 2023

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	go.gale.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
8	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a mis padres, por heredarme el gusto por la mejor música, además de haberme formado como persona, transmitiéndome sus valores y enseñanzas junto con mis abuelos, asimismo por darme su apoyo incansable durante toda mi carrera profesional, en especial a mi madre por acompañarme e impulsarme en la finalización de este trabajo.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios, por su bendición, por darme fortaleza y ser guía en mi andar.

También a mis padres y a mi entera familia por su amor, educación, consejos, apoyo y oraciones. De igual forma agradezco a mi pareja, quien me acompañó durante la elaboración de mi trabajo de investigación y fue una parte importante de su consecución, además de mis amigos y todos aquellos que pudieron participar de este estudio.

Resumen

La musicoterapia plantea el uso de la música con propósitos terapéuticos, empleando elementos musicales que impacten positivamente en nuestras emociones y a nivel neurofisiológico. Esta terapia es aplicada para el tratamiento de problemas mentales y físicos, como herramienta de prevención y rehabilitación. Dentro del campo de aplicación de la musicoterapia, ésta es beneficiosa reduciendo la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés. Sin embargo, se han ejecutado pocos programas de intervención basados en musicoterapia para el tratamiento de estos problemas, en la población joven universitaria del país y menos en la ciudad de Arequipa. Con la elaboración del presente trabajo se busca promover el uso de esta terapia en el contexto peruano, en ese sentido, el objetivo es medir la efectividad de un programa de intervención en musicoterapia para reducir los niveles sintomatológicos de ansiedad, depresión y estrés en jóvenes universitarios de 18 a 25 años, de Arequipa, mediante un estudio cuasiexperimental, de tipo transversal. Los participantes fueron 38 estudiantes universitarios, que estuvieron divididos en un grupo control y un grupo experimental, para el estudio se utilizaron las pruebas: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y Escala de Percepción Global del Estrés. Los resultados muestran que aquellos que recibieron la intervención presentaron niveles sintomatológicos más bajos de ansiedad, estrés y depresión, siendo el descenso en ésta última, el de menor grado. Los participantes manifestaron experimentar sensaciones positivas con la intervención de musicoterapia realizada, reportando cierta mejoría en su sintomatología. La intervención en musicoterapia realizada puede ser una herramienta complementaria para el tratamiento de estas enfermedades en jóvenes universitarios.

Palabras clave: musicoterapia, ansiedad, depresión, estrés

Abstract

Music therapy proposes the use of music for therapeutic purposes, employing musical elements that have a positive impact on our emotions and neurophysiological level. This therapy is applied for the treatment of mental and physical problems, as a prevention and rehabilitation tool. Within the field of application of music therapy, it is beneficial in reducing anxious and depressive symptoms and stress. However, few intervention programs based on music therapy have been implemented for the treatment of these problems in the young university population of the country and less in the city of Arequipa. The aim of this study is to promote the use of this therapy in the Peruvian context. In this sense, the objective is to measure the effectiveness of a music therapy intervention program to reduce the symptomatological levels of anxiety, depression and stress in young university students between 18 and 25 years old, in Arequipa city, through a quasi-experimental, cross-sectional study. The participants were 38 university students, who were divided into a control group and an experimental group, for the study the following tests were used: Beck Depression (BDI-2), Inventory of State-Trait Anxiety (STAI) and Perceived Stress Scale (PSS). The results show that those who received the intervention presented lower symptomatological levels of anxiety, stress and depression, with the decrease in the latter being the lowest. The participants expressed positive feelings with the music therapy intervention, reporting some improvement in their symptomatology. The music therapy intervention could be a complementary tool for the treatment of these diseases in young university students. Key words: Music therapy, anxiety, depression, stress

INDICE

Resumen.....	5
Abstract	6
Capítulo I: Planteamiento del Problema	9
Justificación:.....	9
Pregunta de Investigación	12
Objetivos de Investigación	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos.....	12
Capítulo II: Marco Teórico	14
Musicoterapia	14
Estrés	20
Ansiedad.....	22
Depresión	26
Hipótesis.....	29
Capítulo III: Método	30
Diseño de Investigación	30
Participantes	30
Muestra.....	31
Instrumentos	32
<i>Ficha de datos sociodemográficos.</i>	32
<i>Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición.</i>	32
Escala de Percepción Global de Estrés para Universitarios.	33
<i>Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado(IDARE).</i>	34
Intervención.....	35
Tabla 1	35
Tabla 2	37
Procedimiento.....	37
Análisis de datos.....	39
Capítulo IV: Resultados	40
Estadística Descriptiva	40
Figura 1.....	40
Tabla 3.....	41

Tabla 4.	42
Tabla 5.	43
Tabla 6.	44
Estadística Inferencial	45
Tabla 7.	45
Tabla 8.	46
Tabla 9.	46
Tabla 10.	47
Tabla 11.	48
Tabla 12.	49
Capítulo V: Discusión.....	50
Conclusiones	55
Limitaciones	56
Recomendaciones.....	57
Referencias.....	59

Capítulo I: Planteamiento del Problema

Justificación

El estrés, la ansiedad y la depresión son variables que han sido abordadas en un sin número de estudios, debido a su gran prevalencia en toda la población mundial, siendo éstas continuas problemáticas que se presentan en la vida diaria de las personas y a toda edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que los trastornos por depresión y por ansiedad, tienen alta prevalencia como factores deteriorantes de salud mental, disminuyen la capacidad de trabajo y la productividad.

Más de 300 millones de personas en nuestro planeta experimentan depresión, siendo este el motivo primordial de deficiencia en la vida diaria, hasta un 40% de los individuos mayores de 12 años, admiten haber padecido estrés en algún momento de su vida y más de 260 millones presentan trastornos de ansiedad. A su vez, la depresión puede ocasionar más estrés y disfunción, empeorando la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (OMS, 2018).

Estos problemas mentales y fisiológicos van a repercutir de manera negativa en el individuo, produciéndole un constante malestar psicológico y físico, impidiéndole realizar sus actividades de manera eficaz, mermando su rendimiento académico y/o laboral.

Barraza et al. (2017) señalan la alta frecuencia de depresión, ansiedad y estrés y cómo éstas suscitan efectos nocivos en la autopercepción emocional, aminorando los recursos emocionales disponibles, para saber sobrellevar las consecuencias negativas producidas por la carga académica, que impone la carrera universitaria a sus estudiantes, menguando así el bienestar físico, personal y social.

Debido al mundo actual, que es tan competitivo y por el ritmo de vida agitada, en la cual se vive, aunado a la insatisfacción y la disconformidad que van generando estos factores, sumado a los problemas personales y del entorno que cada individuo presenta, los cuales lo impactan de manera directa, no permiten cumplir con los objetivos que nos planteamos día a día. Como indica Martín (2007), el estrés académico tiene consecuencias negativas sobre el estado emocional, la salud física y las relaciones interpersonales, además, de tener efectos en el plano conductual, cognitivo y fisiológico.

Es por eso, que buscar alternativas de solución a estos problemas tan comunes, es de suma importancia y que las intervenciones o estrategias terapéuticas se vayan diversificando, con el propósito de adecuarse a las particularidades de cada individuo.

Ofrecer distintos métodos, disponer de un mayor abanico de alternativas terapéuticas que se complementen entre sí, realizando un abordaje integral de la persona, permiten procesos de rehabilitación más eficaces, captando la mayoría de sus aspectos y actuando de manera positiva en el estado mental del individuo (Sucerquia, 2017).

Asimismo, se ha comprobado que la combinación de tratamientos farmacológicos con estrategias psicoterapéuticas da un resultado más efectivo, en comparación con la aplicación única o aislada de una de estas propuestas de tratamiento (Díaz & Fernández, 2013).

Dentro de la variedad de intervenciones terapéuticas nos encontramos con las terapias expresivas. Las mismas se fundamentan en las capacidades de la persona de dinamizar sus propias potencialidades curativas, motivando la creación y facilitando la expresión del paciente, descubriendo nuevas maneras de recrear la propia vivencia, mientras va explorando sus

habilidades, puesto que el arte siempre fue un medio que sirvió para la rehabilitación, transformación y comunicación (Frank, 1973, citado en Bottini, 2020).

Este tipo de terapias son especialmente aplicables a jóvenes, pues se encuentran en una edad donde la expresión artística es una situación muy común, ya que es una etapa de la vida donde se tiene una especial sensibilidad y apego a éstas (Guerrón, 2015).

Una de las terapias expresivas que tiene mayor presencia en las intervenciones en esta población, es la musicoterapia, como una opción terapéutica que se ha ido desarrollando, expandiendo su uso en el último tiempo, pues ha otorgado muy buenos resultados en el tratamiento de distintas psicopatologías y enfermedades de diversa naturaleza. Se ha convertido en una herramienta importante para la rehabilitación y mejoría del estado emocional en el paciente y en las personas que conforman su entorno, contribuyendo al equilibrio psíquico de la persona (Miranda et al.,2017).

Martí et al. (2015) nos dan el alcance de cómo la musicoterapia es una disciplina que ha manifestado su eficacia, al ser una terapia que posibilita ofrecer un apoyo a nivel integral, pudiendo llegar a cubrir las necesidades de tipo físico, emocional, cognitivo, social y/o espiritual de la persona.

Las intervenciones en musicoterapia, ya han demostrado su efectividad para tratar este tipo de problemas, como lo son el estrés, la ansiedad y la depresión, incluso con personas que padecían otras condiciones, como pacientes oncológicos, pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia, entre otros. Como lo señalan Subirats y Taranilla (2017), la musicoterapia de tipo receptivo puede ser una intervención exitosa para disminuir los síntomas depresivos de las personas que padecen demencia.

De la Rubia et al. (2014) proponen que las consecuencias positivas de la aplicación de una cantidad de sesiones cortas hacia personas con leve Alzheimer son muy exitosas, puesto que se disminuyen los niveles de ansiedad como de depresión, en la mayoría de los pacientes, además, de aumentar su nivel de felicidad y bienestar.

También, en lo que respecta a la recepción de musicoterapia por pacientes oncológicos, el estudio realizado por Trallero (2004) demuestra la valorización positiva de la musicoterapia y las mejoras obtenidas.

Por lo tanto, realizar esta investigación en Perú es algo muy valioso, debido a la poca cantidad de estudios que existen en el país, en especial, de la aplicación de intervenciones en musicoterapia dentro de la población joven universitaria y de la poca difusión de los mismos. Además, si ésta resulta ser efectiva se podría implementar a una mayor escala como método para reducir la sintomatología de ansiedad, estrés y depresión.

Pregunta de Investigación

¿Se reducirán los niveles sintomatológicos de ansiedad, depresión y estrés en jóvenes universitarios, luego de recibir una intervención en musicoterapia?

Objetivos de Investigación

Objetivo general

- Medir la efectividad de una intervención en musicoterapia para reducir los niveles sintomatológicos de ansiedad, depresión y estrés en jóvenes universitarios.

Objetivos específicos

- Obtener los niveles sintomatológicos de ansiedad, estrés y depresión que presentan los jóvenes universitarios, antes de comenzar la intervención en musicoterapia.

- Implementar una intervención en musicoterapia.
- Comparar los niveles sintomatológicos de ansiedad, depresión y estrés que presentan los jóvenes luego de ser sometidos a la intervención en musicoterapia.

Capítulo II: Marco Teórico

Musicoterapia

Cada persona evoluciona musicalmente, de acuerdo a sus propias experiencias, gustos y preferencias, sin embargo, aunque estas diferencias existan, hay respuestas generales a la música que nos unifican, géneros como el pop, el rock la salsa y el reggaetón incrementa la energía, activando los músculos estriados y estimula el área subcortical de nuestro cerebro, lo que provoca emociones intensas y un estado de excitación, incitando respuestas viscerales. El rock también acelera el ritmo cardiovascular, además de otorgar un ambiente de seguridad y confianza proporcionando motivación y fuerza. Por otro lado, la música instrumental o relajante provoca calma, sedación tanto física como intelectual, promoviendo un ambiente de tranquilidad y descanso (Tognetta, 2020).

La música ha mostrado ser útil para la reflexión y comprensión de las emociones y sentimientos, su valor terapéutico recae, por lo tanto, en el contenido o componente emocional que trasmite y que experimenta la persona (Otero et al., 2019).

Campayo y Cabedo (2016), citado en Iribarne (2021), mantienen que la música apoya la expresión emocional de gran manera a comparación de la palabra hablada, debido a que tiene la ventaja de dirigirse a aspectos de la psique que las palabras no abordan. Ocurriendo entonces, una comunicación tanto semántica, mediante la letra, como una comunicación emocional, esto se explica por la activación al mismo tiempo de varias conexiones cerebrales, motivadas por la música.

Se considera a la música como un factor que evoca emociones positivas, por lo que su utilización terapéutica puede llevar a evaluaciones cognitivas más eficaces y ayuda a disminuir

los niveles sintomatológicos de ansiedad, estrés y depresión, además de coadyuvar al desarrollo de recursos para poder afrontar todas estas problemáticas (Alagha & Ipradjian, 2017).

La música actúa sobre el aspecto emocional de la persona, produciendo una mejoría en el humor de las personas y en su estado de ánimo. La música, repercute a nivel fisiológico liberando neurotransmisores que causan una sensación de alegría y optimismo. Además, favorece a la relajación, creando un entorno de seguridad para quien la recibe, esta particularidad la hace una buena herramienta para el tratamiento de problemas como el estrés, la ansiedad y la depresión (Jiménez, 2017).

A nivel neurológico la música genera respuestas emocionales satisfactorias, aumentando la actividad cerebral en las vías de dopamina, ligadas a la recompensa, placer, bienestar y excitación, por otro lado, disminuye la actividad cerebral de la amígdala, la cual está relacionada con emociones de tipo aversivo, como lo son el miedo, el temor y el pánico, por lo que la música permite aumentar los estados de ánimo positivos, con una acción dual (Blood & Zatorre, 2001, citado en Iribarne, 2021).

En el trabajo de investigación elaborado por Zatorre y Salimpoor (2013), citado en Iribarne (2021), se descubrió que la dopamina se liberaba en el instante “culmen” de la pieza musical, incluso llegando a producir en ocasiones una respuesta fisiológica de escalofrío, siendo éste un señalizador de conectividad cortical.

Otros neurotransmisores que favorecen su liberación con la escucha musical son la oxitocina, hormona que incrementa el apego y fomenta la empatía, así como también, según diversas investigaciones provoca un efecto ansiolítico, el cual es favorable para reducir el estrés. (Jausset & Berrocal, 2008, citado en Iribarne, 2021); el otro neurotransmisor que se ve facilitado

es la serotonina, la cual tiene efecto sobre la regulación del estado de ánimo, tan es así, que farmacológicamente es el neurotransmisor sobre el que los antidepresivos inciden. (Levitin, 2009, citado en Iribarne, 2021).

Para la National Association for Music Therapy (NAMT), la musicoterapia es la utilización de la música para alcanzar objetivos terapéuticos, como la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física” (NAMT, 1980, citado en Bruscia, 1998).

Otra definición propone que la musicoterapia se compone de la aplicación y ejecución de los elementos musicales por un facilitador hacia un individuo o grupo, permitiendo la expresión, la manifestación de emociones y la canalización de energía, con el objetivo de obtener cambios que respondan a necesidades físicas cognitivas y emocionales (World Federation of Music Therapy [WFMT], 2011, citado en Abela, 2015, p8).

Desde la perspectiva de Bruscia (1998) la musicoterapia es algo complejo de definir, porque habría que delimitarla. Debido a su característica multidisciplinaria, existen diversas perspectivas de conocimiento, tanto de músicos como profesionales de la rama de la psicología, neurociencias, entre otros, además de diferencias culturales en cuanto a la concepción y expresión de la música.

El objetivo de la musicoterapia es desarrollar recursos y/o restablecer funciones de la persona para conseguir una mejor incorporación, tanto intrapersonal como interpersonal. Conforme a ello, lograr una mejor calidad de vida mediante la prevención, rehabilitación y tratamiento (Sacks, 2010, citado en Miranda et al., 2017 p272).

Desde una perspectiva histórica, la musicoterapia se utiliza desde hace mucho tiempo, no exactamente como se conoce ahora y con la estructuración y sistematización actual, pero sí de

una manera predecesora. Filósofos como Platón y Aristóteles ya la describían como un factor modificador del humor y de las emociones. Asimismo, Florence Nightingale fue quien observó y delineó el impacto positivo de la música empleada en forma de voz y melodía con flautas en veteranos de guerra (Puig & Lluch, 2012).

La musicoterapia presenta diversas modalidades de abordar y llevar la terapia. La de tipo receptivo, es en la cual, el paciente sometido a la terapia va comportarse de una manera pasiva, prestando atención únicamente y escuchando las distintas canciones y melodías que se le irán reproduciendo. Es por eso, que se denomina del tipo receptivo porque la tarea consiste en atender y recepcionar la música, experimentando las sensaciones que ésta produce, en uno mismo y en nuestro propio organismo (Nemes & Souza, 2018).

Como ejemplo de esta modalidad existe el trabajo realizado por Subirats y Taranilla (2017), el cual consistió en una intervención con música, administrada de forma receptiva e individual a pacientes con demencia. La intervención consistió en escuchar tres canciones y, luego de finalizada cada canción, se les hacían una serie de preguntas clave. También, el trabajo realizado por Khosravy (2018) en Perú, en el cual, a algunos pacientes previos a ser intervenidos quirúrgicamente, se le colocaban auriculares y se les reproducía la canción “Weightless” de Marconi Unión, como instrumento para reducir sus niveles de ansiedad.

El otro tipo de modalidad, es la activa o creativa, que como su nombre lo indica involucra una mayor participación del paciente, en la que éste creará y producirá distintas melodías y sonidos, los mismo que irán construyendo y conformando poco a poco. Esto de acuerdo a sus habilidades musicales y estructurándolos en base a los sentimientos y emociones que desea expresar y reflejar libremente. Sin embargo, no se requiere ser experto o hábil en el uso de algún instrumento musical. En la mayoría de este tipo de intervenciones, se utilizan tres elementos

básicos para producir los sonidos, el propio cuerpo, ya que es el primer instrumento musical que uno posee y lo usa desde que nace; la voz, la cual puede ser trabajada con diferentes técnicas para producir el canto y entonación más adecuado y, por último, instrumentos de percusión, guiando todos estos elementos con el propio sentido del ritmo (Ortega et al., 2009).

Aquí se puede citar la intervención realizada por Martínez y Serpa (2016), en la que realizaron una intervención usando dinámicas rítmicas e instrumentos musicales, además del cuerpo, sumado a técnicas de respiración y relajación, facilitando la expresión de emociones mediante los instrumentos.

También, encontramos el programa desarrollado por Trallero (2004), donde los mismos participantes, de forma activa, fueron familiarizándose con distintos elementos sonoros y con instrumentos, con los que, aunado a su propia voz fueron creando la música.

Complementariamente se les otorgaron indicaciones para ayudar a mejorar la identificación y comunicación de sus emociones, haciendo uso de la música para mejorar su autoestima y el canto, gracias a sus efectos ansiolíticos. Asimismo, se desarrollaron con tareas tanto individuales, como en pareja y grupales. Aquellas que se aplicaron en pareja y grupalmente, ayudaron a mejorar factores como la interacción y contribuyeron al desarrollo de habilidades sociales, ya que usaron la música como medio para la interrelación y retroalimentación entre ambos.

También existen algunas aplicaciones mixtas, en las que se combina y alterna, tanto la modalidad receptiva como la producción activa y creativa. Dongo (2017), en su trabajo realizado en mujeres mastectomizadas, combina musicoterapia activa y creativa con musicoterapia pasiva, para lograr una relajación física y mental.

El uso de esta técnica, ya sea como alternativa terapéutica o como complemento de psicoterapia, ha servido en la disminución del estrés en jóvenes y adultos, afectando en variables causantes del estrés, produciendo un estado de relajación, así como también, motivando a que la persona tenga un mejor afrontamiento de las situaciones estresantes. En cuanto a nivel fisiológico, la intervención musicoterapéutica se refleja disminuyendo los niveles de cortisol; la improvisación al expresar emociones y canalizar energía permite que el estrés sea liberado (Soto et. al., 2019).

La intervención en musicoterapia en jóvenes y adultos es efectiva. Ésta actúa disminuyendo los niveles presentados en la mayoría de los casos de ansiedad, gracias a que la improvisación musical promueve esa canalización positiva de energía y, por otra parte, el escuchar música se genera un ambiente de relajación y bienestar, que se produce a nivel fisiológico (Fernández, 2013).

Como señala Jauset (2011), actúa regulando la presión sanguínea, ayudando en la respiración y disminuyendo la fatiga, tanto la ansiedad estado como inclusive la ansiedad rasgo, lo cual podría dar indicios de una efectividad, no solo a corto a plazo sino también a mediano plazo.

El uso de musicoterapia también es efectivo para mejorar la sintomatología depresiva, en este caso, se prefiere optar por música más enérgica y alegre, ya que la armonía aquí, jugara un papel más importante. La música ayuda a la evocación de ciertos recuerdos y emociones ligadas, lo cual ayudaría a trabajar aspectos que mejoren la sintomatología depresiva (Jiménez, 2017).

Estrés

En la década de los años 30, se acuñó el término estrés, en el momento en que Hans Selye, un estudiante de medicina de segundo año, se dio cuenta de que algunos enfermos presentaban una sintomatología común. A este fenómeno él lo llamó “Síndrome General de Adaptación”, además de esto, demostró mediante experimentos en animales, los efectos negativos del estrés en la salud, para dar un mayor fundamento a su teoría (Berrío & Mazo, 2011).

Navínes et al. (2015) señalan que el concepto del estrés, hace referencia a un aumento de la actividad fisiológica que se presenta ante amenazas persistentes, las cuales ponen en riesgo la salud física y mental del individuo.

Es importante mencionar que el estrés tampoco es únicamente malo, dañino o anormal para el organismo, ya que éste de manera natural tiene la función de preparar nuestro cuerpo y mente para enfrentar distintas situaciones que nos pueden poner en riesgo, peligro o amenaza, manteniéndonos en un estado de alerta constante, ya que esta función del cuerpo se encuentra presente en el ser humano como medio para sobrevivir, desde su génesis. Sin embargo, cuando esto se extiende por largos periodos y se convierte en estrés patológico, puede causar daños y deterioros a la salud y, por ende, influirá negativamente en el desempeño de nuestras actividades, convirtiéndose en un constante obstáculo para alcanzar nuestras metas trazadas (Melgosa, 2006).

Berrío y Mazo (2011), además explican los enfoques o posturas en relación al origen del estrés, indicando la existencia de algunos enfoques distintos, que abordan el estrés de una manera opuesta. En el caso del enfoque fisiológico y bioquímico hay un mayor énfasis de la manifestación por parte de la persona, más precisamente, en cuanto a la respuesta fisiológica que ocurre y lo que sucede a nivel funcional del organismo. El otro enfoque enfatiza a la situación

que desencadena el estado de estrés, haciendo hincapié en el factor externo, este es el enfoque de las orientaciones psicosociales. Así como estos enfoques, de alguna manera, se contraponen, hay propuestas transaccionales que colocan al estrés como producto de esa relación interactiva de los componentes internos de la persona y los que provienen del entorno, teniendo el sujeto la responsabilidad de manejar el estrés mediante la valoración cognitiva que realiza de su contexto.

En la actualidad, se cuenta con algunas intervenciones basadas en musicoterapia, realizadas en el contexto Latinoamericano, entre ellas, contamos con el estudio realizado en una Universidad de Colombia, ubicada en Bogotá. En ésta se llevó a cabo un proceso musicoterapéutico basado en cuatro métodos: improvisación, composición, re-creativo y receptivo. Asimismo, las sesiones estuvieron compuestas de tres fases (valoración, intervención y cierre). Como resultados se obtuvo que la intervención musicoterapéutica fue de ayuda en el manejo emocional de manera positiva, identificando y desarrollando estrategias de afrontamiento para el estrés académico mediante el reconocimiento de los aspectos positivos de cada uno, expresión libre de ideas y emociones, además de la aceptación de estas últimas (Cuesta, 2019).

En el contexto peruano, existe una intervención orientada a tratar el estrés académico de 28 alumnos de enfermería en la Universidad Nacional de Huancavelica realizada por Curasma y Ticllasuca (2017). El diseño de la intervención fue con un solo grupo, llevando a cabo un análisis pre test y post test. Luego del pre test se agrupó a los alumnos según qué tan severo era el nivel de estrés que presentaban, posteriormente se optó por conocer las preferencias musicales de cada estudiante. La intervención propiamente dicha comprendió seis sesiones, con una temática propia para cada una de ellas, cada sesión tuvo un espacio de 50 minutos para ser llevada a cabo. En la intervención se trabajó según la modalidad activa creativa, se hicieron actividades relacionadas a la expresión corporal, movimientos al ritmo de la música, relajación con la música, motivación

de la imaginación y plasmación de sentimientos. El instrumento seleccionado para la medición de la variable a tratar, fue el Inventario Sisco de Estrés Académico, al analizar las disimilitudes entre la primera evaluación y la final. Se demostró que la intervención musicoterapéutica fue exitosa, impactando positivamente sobre el estrés académico. El 14 % de estudiantes en la evaluación previa a la intervención reflejaron un estrés profundo, luego de la misma, solo el 3 % mantuvo ese estrés profundo, también ayudó en la mejoría de las respuestas psicológicas y conductuales frente al estrés.

Otra intervención realizada en Perú en el año 2018, comprobó la eficacia de la musicoterapia para bajar de manera significativa los niveles de estrés académico. El estudio fue aplicado a treinta alumnos de enfermería de una Universidad de Chachapoyas, en éste, se clasificó a los estudiantes en grupo control, conformado por 16 de ellos y 14 fueron parte del grupo experimental. Se seleccionaron dos canciones: Glacier Lake y Summer's Eve on a Mountain Lake interpretadas por Dab Gibson. Después de brindar el taller de musicoterapia receptiva, aquellos que presentaron un nivel de estrés medio, obtuvieron una puntuación de medio bajo y bajo en el Inventario SISCO de estrés académico (Tejada et al., 2020).

Ansiedad

La ansiedad está presente en todos los seres vivos. A diferencia de los animales, nuestra capacidad racional nos permite afrontarla de distinta forma, pero ésta consiste tanto en un estado emocional, como una serie de manifestaciones fisiológicas observables (Guerra et al., 2017).

El estudio de esta variable tiene diversas perspectivas de acuerdo a su génesis, en el caso de Freud y el psicoanálisis, la ansiedad va a considerarse como una vivencia interna de la persona, mientras que, en el caso de la escuela conductista, ésta considera que la ansiedad

es una respuesta fisiológica a una estimulación externa proveniente del ambiente (Viedma, 2008, p. 4).

En 1966, 1972, 1989, Spielberger (citado por Ries, et.al., 2012, p. 9) admite que, para una definición completa, se debe conceptualizar la ansiedad como un estado emocional y como un rasgo de personalidad. Para el autor, constituye un estado emocional próximo, cambiante en el tiempo, que se distingue por una activación fisiológica incómoda. En cuanto a la ansiedad como rasgo, ésta es identificada por las particularidades relativamente estables de cada persona respecto a la ansiedad, es decir, la disposición o tendencia a experimentar la ansiedad. Ésta no se refleja en el comportamiento, sino en la cantidad de veces con la que la persona siente un aumento en su grado de ansiedad, aquellos que poseen un grado de ansiedad como rasgo elevado, perciben una superior gama de situaciones como amenazantes.

Al igual que en el caso del estrés, la ansiedad, por sí misma, no es algo perjudicial para el ser humano, mientras que ésta no se vuelva crónica y se mantenga por lapsos muy largos de tiempo. Su función es también buscar la supervivencia y afrontar las exigencias que el medio presenta, manteniendo al organismo y a los sentidos, en un constante estado de alerta, manifestándose a través de distintos signos fisiológicos, como los que fueron mencionados anteriormente. Cuando la ansiedad se vuelve patológica se convierte en un problema que afecta la salud, en todos sus niveles, lo que se agudiza en individuos que se encuentran con responsabilidades y exigencias en los estudios y en el trabajo (Guerra et al., 2017).

La ansiedad puede tener una presentación normal, en la que se tiene una reacción ante un estímulo amenazante; patológica, es cuando la respuesta no se relaciona a un estímulo amenazante y generalizada cuando el individuo evalúa estímulos neutros como amenazantes la mayor parte del tiempo (Cardona et al., 2015).

Dentro de los estudios realizados aplicando musicoterapia, como método efectivo para minimizar la ansiedad, se tiene en cuenta el de Serna y Cheverría (2013). Fue realizado en México, para el personal de una clínica psiquiátrica, con una edad promedio de 38 años. Se empleó el denominado Método Bonny de Imagen Guiada y Música, el cual se fundamenta en el análisis de la consciencia mediante experiencias sensoriales, biográficas, somáticas, simbólicas y de arquetipos que se activan por la música. Este proceso ya ha demostrado su efectividad para la relajación del paciente y el decrecimiento de sus niveles de ansiedad. Para ser llevado a cabo de manera correcta, se necesita un terapeuta que actúe como facilitador, con quien discutir ciertos aspectos biográficos relevantes, problemas actuales, sentimientos en relación a la situación actual y colocarse algunos objetivos a cumplir. Luego el terapeuta procede a darle sugerencias y técnicas para que el paciente se relaje y centre su mente. Finalmente, se seleccionó un programa musical que se ajustara a los participantes, en éste expresaron aquello que les produjo la música, conversando de ello con el facilitador, ocurre entonces un proceso de integración de sensaciones que son evocadas por la música. Para la cuantificación de la ansiedad se usó la Escala Autoaplicada para la Evaluación de Ansiedad de Zung, en ella se obtuvieron puntajes que van desde los 20 a 44 puntos, la puntuación promedio de la evaluación inicial fue de 32.1, luego del tratamiento con musicoterapia, la evaluación indicó un puntaje promedio de 28.1, lo que indica una diferencia significativa, comprobándose, por lo tanto, su efectividad para disminuir los niveles de ansiedad presentados.

Otro estudio que consideró evaluar e intervenir con musicoterapia en la ansiedad, como rasgo y estado, es el hecho por Almanza y Chavarría (2017), acerca del impacto que tiene la musicoterapia, sobre la ansiedad rasgo-estado, en las dimensiones de ésta y como puede disminuirla. Este trabajo de intervención se orientó a los estudiantes de un Instituto en

Nicaragua, se tuvo la participación de 9 estudiantes pertenecientes al grado 11vo “C”. El instrumento elegido para la evaluación de los niveles de ansiedad fue el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el cual se tomó al comenzar la intervención y al finalizar la misma para demostrar las diferencias y comprobar la eficacia de la intervención. Ésta se caracterizó por la modalidad receptiva, conformada por cinco sesiones, en ellas se siguieron técnicas de imaginación y relajación para complementar la escucha de música. Producto de la intervención se reflejó que la utilización de la musicoterapia impactó positivamente en los niveles de ansiedad como rasgo-estado. En el pre test los estudiantes que se ubicaron en la dimensión de “bastante ansiedad”, en el post test se clasificaron dentro la jerarquía de “un poco ansiosos”, por lo que se evidencia la minimización en el nivel de ansiedad.

En el Perú, Quispe (2017) deseó establecer que tan beneficioso podría ser aplicar la musicoterapia en pacientes oncológicos del Hospital Sergio E. Bernales, para combatir los síntomas de ansiedad que presentaban éstos, antes de someterse al tratamiento, en sus primeras sesiones de quimioterapia. Para ello tomó como muestra veinte pacientes que recibían su quimioterapia y se les tomó la Escala de Ansiedad de Hamilton, antes de recibir musicoterapia. La mitad de los pacientes manifestaban una leve ansiedad y la otra mitad un grado severo, después de recibirla, se evidenció una notable mejoría, encontrándose que 11 tuvieron ausencia de ansiedad y 9 de ellos mostraron un grado de ansiedad leve. En la medición de la presión arterial también se vio reflejada la influencia positiva de la musicoterapia, luego de que 7 pacientes que tuvieron presión arterial alta, pasaron a estabilizarse, teniendo una presión arterial normal. De la misma forma sucedió con la frecuencia cardíaca, 17 pacientes que antes presentaron taquicardia, se regularon con la música y, asimismo, varió la frecuencia respiratoria del total de pacientes que tuvieron taquipnea. Luego de la intervención musicoterapéutica, todos

dejaron de presentar una frecuencia respiratoria anormal. Por lo mencionado, es que el autor concluyó que la aplicación de musicoterapia receptiva, fue eficaz para mejorar la sintomatología de ansiedad de aquellos pacientes que recibieron quimioterapia.

Depresión

La depresión es un trastorno clínico y crónico que se relaciona con la personalidad del individuo, así como también, con factores hereditarios y del contexto en el que se desarrolla; esto quiere decir, que hay una multicausalidad para este trastorno. La depresión en una persona se puede dar por diversos factores como lo son: ambientales, neurobiológicos y caracterológicos, además de la sumatoria e interrelación de los mismos. Una persona que tiene cierta predisposición caracterológica tiende a caer en depresión, dada sus características personales como ser, altamente emotiva, sensible, perfeccionista, con baja tolerancia al fracaso y, peor aún, si se encuentra en un ambiente hostil, va a tener una mayor probabilidad de padecer depresión (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que se manifiesta por la incapacidad para sentir placer, pobre valoración de sí mismo y una autocrítica severa para alcanzar el perfeccionismo” (Botto et al., 2014, p. 1301).

Algunos autores como Veytia et al. (2012) mencionan algunos enfoques psicológicos que explican la predisposición individual para la presentación y mantenimiento de este trastorno, dependiendo de los acontecimientos adversos que ésta atraviese.

En 1967, Beck (citado por Contreras et al., 2015, p. 196) propone que la depresión está caracterizada por un estado de experiencias emocionales negativas y actividad fisiológica errática. La sintomatología comienza con pensamientos irracionales que uno posee sobre sí

mismo, el mundo y el futuro, los cuales son fijos y definitivos, ya que no pueden ser concebidos, de manera distinta, por parte del paciente. La incidencia de estos esquemas obstaculiza el procesamiento normal de la información positiva, funcionando como un mal filtraje de la información en el que solo se realzan los aspectos negativos, a esto es lo que se le conoce como visión de gafas oscuras. Ésta produce pensamientos sesgados de carácter negativo y desesperanzado, que traen como consecuencia problemas emocionales.

Una aplicación musicoterapéutica para disminuir la depresión, es la realizada por Martínez et al. (2014) en Cuba. Ésta fue aplicada a diez pacientes con depresión leve y moderada. La aplicación se desarrolló de manera individual, siendo ejecutada en tres sesiones por un transcurso de media hora, a los pacientes se les colocó en un diván, reproduciéndoles las melodías mediante un mp3 y audífonos. El programa de musicoterapia aplicado, se compuso de 11 piezas musicales que se seleccionaron valorando la presencia de tonos alegres, sonidos agudos, tempo en el intervalo 60 - 80 y, por último, la predominancia de acordes disonantes. Por otro lado, los instrumentos de evaluación para conocer la intensidad de la depresión, fueron la Escala de Depresión de Zung y la de Conde, éstas se tomaron previamente a la intervención y, también luego de la misma, para de esta forma, comparar los puntajes y encontrar la diferencia, la cual fue significativa, habiendo un descenso en los niveles de depresión, pasando de nivel moderado a leve o incluso sin depresión.

Existe un estudio comparativo, hecho en Guatemala por Blanco (2012), cuya población fueron diecinueve mujeres y cuatro hombres, a quienes se les dividió en tres grupos. Al “grupo A” se les aplicó la intervención musicoterapéutica y un antidepresivo, al “grupo B” se le brindó también la musicoterapia y un placebo y, por último, al “grupo C” se le aplicó, únicamente, el antidepresivo. El estudio halló diferencias significativas entre los grupos, los grupos empezaron

con puntajes en depresión muy similares, aunque el "grupo A" tenía los puntajes más elevados, luego de la intervención se redujeron todos, pero donde esto se hizo más evidente fue en el "grupo B", demostrando la efectividad que tiene la musicoterapia sobre la sintomatología depresiva, mejorando el estado de ánimo de los pacientes.

Se encontró, además, una aplicación hecha por Castillo et al. (2010), donde se consideró comparar los efectos que producía una intervención en musicoterapia receptiva y, una intervención psicoterapéutica tradicional sobre la depresión. Para su investigación consideró 79 personas, entre 25 a 60 años de edad, con depresión leve y moderada, que se encontraban en el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, ubicado en Huajuapán de León, Oaxaca, México. Para el grupo que recibiría la psicoterapia tradicional se eligieron 38 participantes y para el grupo de musicoterapia 41. La psicoterapia se basó en el modelo cognitivo conductual, la cual era dada por un profesional psicólogo, con sesiones de 30 minutos, con frecuencia de una vez por semana. La de musicoterapia incluyó la escucha de música clásica y barroca, donde el terapeuta monitoreaba que el proceso se desarrollara correctamente, cada participante llevaba una sesión de 50 minutos una vez a la semana en el centro, asimismo, el paciente debía escuchar la música seleccionada cada día en casa, el proceso en total duró 8 semanas. Para medir la depresión se usó la Autoescala de Zung para Depresión, la que se tomó en la selección inicial, además, cada semana se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck y, paralelamente, con la Escala de Hamilton se midieron los síntomas depresivos. A la cuarta sesión, en el grupo que recibía la intervención con musicoterapia receptiva, se halló cambios positivos, los participantes percibieron mejoría, entre la penúltima y última sesión 29 individuos del grupo que recibió musicoterapia se sintieron mejor respecto a los síntomas de depresión, 4 no experimentaron una mejoría y 8 abandonaron el tratamiento. Por otro lado, de los que recibieron

psicoterapia, solo 12 sintieron una mejoría, 16 no la experimentaron y 10 dejaron de asistir al tratamiento.

Hipótesis

Los participantes que sean asignados al grupo experimental y reciban la intervención en musicoterapia, reportarán niveles sintomatológicos más bajos de ansiedad, depresión y estrés, en comparación a quienes sean asignados al grupo control y no reciban la intervención.

Capítulo III: Método

Diseño de Investigación

Es un estudio cuasiexperimental, de tipo transversal, porque tiene como objetivo el establecimiento de relaciones causa – efecto y no se tuvo un control de todas las variables independientes. Los sujetos participantes no se asignaron de manera aleatoria a cada grupo, control y experimental, sino que se eligieron para tener equivalencia, según las puntuaciones obtenidas en las variables con la evaluación inicial. Se realizó una comparación entre grupo control y grupo experimental, tras la intervención para comparar los efectos de la misma, además, se hizo una comparación entre pre test y post test de cada grupo (Ato et al., 2013).

Participantes

Treintaiocho estudiantes de universidades privadas de Arequipa, de ambos sexos, con edades de 18 a 25 años, seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernandez, et al., 2014).

Se envió una invitación a ser parte de la investigación, mediante un correo electrónico y mensaje a través de redes sociales. Con ello los participantes se pusieron en contacto con el investigador para así participar de la investigación.

Posterior a la primera evaluación, los participantes fueron clasificados en dos grupos, control y experimental, de manera homogénea, según el sexo, disponibilidad de tiempo para participar en el estudio, puesto que la intervención requería de acudir a cuatro sesiones completas y los niveles presentados en los instrumentos psicológicos, verificando el rango en el que se ubicaron de acuerdo a cada uno de los test.

El grupo experimental se conformó por veinte integrantes, ocho varones y doce mujeres, de los cuales nueve presentaban nivel de rango alto, en una de las variables y, al menos, un nivel medio en una más de las tres variables; seis en rango alto, en dos de las tres variables, y hubo cinco integrantes con niveles de rango altos, en las tres variables.

En cuanto al grupo control, éste lo integraron dieciocho participantes, catorce mujeres y cuatro varones, cuya distribución fue la siguiente: siete integrantes presentaron nivel alto en una de las tres variables y al menos medio en el resto de variables, igualmente, siete presentaron niveles altos, en dos de las tres variables y cuatro tuvieron niveles altos en todas las variables.

Fueron criterios excluyentes los puntajes muy bajos en los test, es decir, que se encontraban en el nivel bajo, siquiera en dos de las tres variables, además, de aquellos que no indicaban la información solicitada en la ficha sociodemográfica, asimismo, quienes estaban recibiendo atención psicológica particular y, por último, los participantes que acudían a menos de cuatro sesiones del programa de musicoterapia. Debido a estos criterios se excluyeron a 26 individuos.

Muestra

	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Varones	12	31.6	Experimental	20	52.6
Mujeres	26	68.4	Control	18	47.4
Total	38	100.0	Total	38	100.0

La muestra del presente estudio proviene de 38 jóvenes estudiantes de universidades privadas de la ciudad de Arequipa, 31.6% de la muestra son varones y 68.4% son mujeres, siendo éstas un poco más de la mitad de la muestra. La media de edad de los participantes

es de 22 años, no obstante, las edades fluctúan entre los 18 y 25 años. El 52.6% de los participantes conforman el grupo experimental y 47.4% el grupo control, sin diferencia significativa en los porcentajes

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos.

Se aplicará una ficha de datos sociodemográficos que evalúe las siguientes variables: nombre, edad, sexo, universidad, semestre, carrera, lugar de procedencia, domicilio, familia, trabajo y preferencias musicales.

Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición.

Escala creada por Beck, Steer y Brown, 2016, es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems, de escala tipo likert con puntuaciones de 0-3 cada uno, cuyo propósito es medir el grado de severidad de la depresión en adultos y adolescentes desde los 13 años. Describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión, como lo son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas y llanto. El rango de niveles es: mínimo (0-13), leve (14-19), moderado (20-28), severo (29-63), siendo ésta la puntuación máxima (Beck et al., 2006).

La validez de contenido de la prueba fue analizada mediante la validez de contenido por criterio de jueces; para cuantificar los resultados se aplicó el coeficiente V de Aiken, $p=0,001$), en donde todos los jueces coincidieron de forma significativa. En lo que respecta a validez de constructo, en la correlación ítem total, todos los coeficientes de correlación son significativos ($p=0$), así mismo la mayoría de dichos índices superan a 0.30. (Carranza, 2013).

El coeficiente alfa fue de 0.878, lo cual indica una buena consistencia interna del instrumento. El coeficiente de correlación de Pearson, en el Test Retest, muestra que existe una correlación positiva fuerte y altamente significativa entre el total de los puntajes ($r = 0.996$, $p < 0.01$), lo que refleja la estabilidad de la prueba. (Carranza, 2013).

Escala de Percepción Global de Estrés para Universitarios.

Creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), adaptada por Guzmán y Reyes (2018), es un instrumento de autoinforme, cuya aplicación se realiza de 18-30 años y se encuentra compuesto por 13 ítems, de escala tipo Likert con opción Nunca (0), Casi nunca (1), De vez en cuando (2), Frecuentemente (3) y Casi siempre (4). Está conformado por dos subescalas, una de carácter positivo (eustrés) que cuenta con siete ítems, ésta refleja una buena capacidad de afrontamiento hacia el estrés y otro negativo (distrés), la cual cuenta con seis ítems y plasma una incapacidad de lidiar con situaciones que provocan estrés. Los rangos de categorías son: bajo (0-16), moderado (17-22) y alto (23-28) de puntaje para eustrés y bajo (0-9), moderado (10-12) y alto (13-24) de puntaje para distrés (Cohen et al., 1983).

El cuestionario posee validez convergente y divergente, de la EPGE utilizando la prueba SPANAS. Los resultados mostraron que entre los factores de eustrés y distrés se obtuvo una correlación negativa significativa ($r = -0.411$, $p < 0.00$). Al analizar la convergencia entre ambas escalas se encontró que el factor de distrés de la EPGE correlacionó de manera positiva y significativa con el factor de afecto negativo ($r=0.597$, $p < 0.000$), de igual forma el factor de eustrés de la EPGE correlacionó de manera positiva y significativa con el factor de afecto positivo ($r = 0.387$, $p < 0.000$). Al analizar la divergencia entre ambas escalas se descubrió que el factor de distrés de la EPGE

correlacionó de manera negativa y significativa con el factor de afecto positivo ($r = -0.242$, $p < 0.000$), de la misma manera el factor de eustrés de la EPGE correlacionó de manera negativa y significativa con el factor de afecto negativo ($r = -0.393$, $p < 0.000$) (Guzmán & Reyes, 2018).

En el caso de los ítems que componen el factor de eustrés, el índice de consistencia interna de alfa de Cronbach es de 0.799, la correlación ítem total se ubica entre 0.41 y 0.60. Para el factor de distrés el índice de consistencia interna de alfa de Cronbach fue de 0.770, con la correlación ítem total se encuentra entre 0.32 y 0.59 (Guzmán & Reyes, 2018).

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).

Fue creado por Spielberger, este instrumento se encuentra dirigido a evaluar dos dimensiones distintas de la ansiedad, de rasgo y como estado, útil en la medición de ansiedad de estudiantes. Se compone de cuarenta afirmaciones descriptivas, veinte de ellas miden la ansiedad como estado (cómo se siente actualmente) y las otras veinte apuntan a la ansiedad como rasgo peculiar (cómo se siente habitualmente), las respuestas están dadas por escala tipo Likert, de 1, siendo nada a 4, siendo mucho la intensidad con la que experimentan cada afirmación. El nivel de ansiedad se ve reflejado como bajo (<30), medio (30-44) o alto (>45) para ambas dimensiones (Spielberger, 1975).

La validez de contenido se hizo a través de juicio, ejecutado por nueve jueces expertos, la mayoría de ítems tienen un porcentaje de acuerdos, tanto en claridad como en relevancia, el índice de Aiken se encuentra entre 0.89 y 1. A cerca de la validez de constructo usando el método de Análisis de ítems, todos los ítems tienen una correlación directa y muy significativa ($p < 0,01$) con el puntaje total de la prueba (Castro, 2016).

En la confiabilidad dada por consistencia interna, el índice del alfa de Cronbach fue de 0.83 y 0.90 en cada dimensión, lo cual muestra una muy buena fiabilidad. En cuanto a los hallazgos mediante el método de test-retest, la correlación mostró la alta estabilidad para ambas dimensiones (Castro, 2016). Sin embargo, para la presente investigación solo se utilizó la escala de ansiedad estado.

Intervención

La intervención se basó en el modelo receptivo de musicoterapia. Comprendió cuatro sesiones, con una duración aproximada de cuarenta minutos, en cada sesión, se les reprodujo, a los participantes, tres canciones relacionadas con una temática específica para cada sesión. Al término de cada una de ellas, a través de formularios de google, los participantes respondieron algunas preguntas sobre las canciones y las emociones experimentadas. Posteriormente, se hizo una reflexión conjunta, analizando puntos claves de la letra, de su mensaje y de los sentimientos que cada canción les significó, les expresó y/o les provocó.

Tabla 1.

Canciones a reproducir por sesiones durante la intervención

Temática de la sesión	Inicio	Medio	Fin
Sesión 1 Felicidad, Alegría	Walking on sunshine – Katrina & The Waves	Uptown Girl – Billy Joel	Don't stop me now - Queen
Sesión 2 Motivación,	Best day of my life – American Authors	Color Esperanza – Diego Torres	Eye of the Tiger – Survivor

Sesión 3 Reflexión	Beautiful Day – U2	No creo en el Jamás – Juanes	Lucky Man – The Verve
Sesión 4 Bienestar, Paz	Weightless - Marconi Union	Watermark - Enya	Electra (Religion Cut) - Airstream

Las canciones con temática de felicidad se eligieron, en base a estudios de neurociencia analizando sus efectos positivos. Jolij (2019), citado en Garrigues, (2019), produjo una fórmula matemática, basada en la letra, el tempo y la clave, además, de consultar a población del Reino Unido sobre aquellas canciones que impactaban positivamente y que eran efectivas para encontrar un buen estado de ánimo, en momentos de malestar emocional.

En el caso de las canciones con temática de reflexión y motivación, estas fueron extraídas de una lista de 200 canciones con melodía y letra positiva, elaborada por Reig (2014), pues éstas estimulan el pensamiento positivo y las emociones constructivas debido a su impacto psicofisiológico.

Para la temática de bienestar y paz se opta por composiciones musicales instrumentales, que favorecen un estado de relajación, al reducir la presión sanguínea y disminuir la segregación de cortisol, encontradas en el estudio del profesional en neurociencias, David Lewis-Hodgson (2017), citado en Levante (2017).

Tabla 2.

Preguntas para las sesiones

¿Qué emociones te produjo la canción escuchada?

¿Qué partes de la letra se te hicieron más significativas?

¿Qué mensaje transmite para ti esta canción?

¿Con cuál sensación y pensamiento te quedas al finalizar la sesión?

Procedimiento

Se comenzó solicitando un permiso por parte de la Escuela Profesional de Psicología, para poder ejecutar la intervención y solicitar, de esta forma, la participación de los estudiantes en la misma. Después se comunicó a los universitarios, mediante un correo electrónico y mensaje, a través de redes sociales, la invitación para participar en la investigación, explicándoles el motivo de la realización del estudio, en qué consistía el proceso de levantamiento de datos y, propiamente, la intervención en musicoterapia, para lo cual, se les hizo de conocimiento que, de ser seleccionados, serían llamados para participar en dichas sesiones.

Una vez que los interesados se contactaron con el investigador, se envió los distintos instrumentos psicológicos para su resolución, luego se recabaron las pruebas psicológicas, para ser calificadas. Al término de este proceso, se conformó con los criterios de homogenización, el grupo control y el experimental, una vez conformados los grupos, se procedió a coordinar, con la debida anticipación, el día de inicio de la intervención y las fechas de todas las sesiones, con los participantes que conformaban el grupo experimental.

Para la evaluación se brindó una ficha para el consentimiento informado a los participantes (anexo 1), la ficha sociodemográfica (anexo 2) y los instrumentos psicológicos. Se otorgó las indicaciones de cómo debían responder y llenar las pruebas enviadas, además, de indicar que todos los ítems deberían ser llenados de manera veraz, haciendo hincapié en que no había respuestas equivocadas; de esa manera, se conseguiría resultados completos y eficaces para el estudio. Adicionalmente, el investigador expresó su disponibilidad para atenderlos y absolver cualquier duda o consulta que tuvieran los evaluados.

Luego de la calificación de los instrumentos, se dividió a los participantes homogéneamente, según su rango de puntaje obtenido, en un grupo control y en un grupo experimental, de forma que las variables evaluadas tuvieran valores similares entre los grupos, comunicándoles quienes podrían acudir a la intervención y recibir el programa de musicoterapia.

La intervención se impartió mediante la plataforma virtual de Google Meet, en ella se hicieron escuchar las canciones seleccionadas y visualizar su letra, las respuestas que brindaron los participantes a las preguntas realizadas después de la escucha, fueron recogidas a través del programa Formularios de Google.

Luego de la aplicación completa de la intervención, se procedió a realizar una segunda evaluación, con los mismos instrumentos a toda la muestra, para valorar el efecto que tuvo la intervención en el grupo experimental sobre las variables evaluadas.

Después se procedió a digitar, a tabular los datos y analizarlos de manera estadística para comprobar el efecto de la intervención y si se logró el objetivo de la hipótesis.

Finalmente se redactaron los resultados y la discusión de la investigación.

Análisis de datos

Los datos se analizaron usando el programa estadístico SPSS 22.0, realizando un análisis descriptivo, para observar frecuencias, medias y desviaciones estándar, luego se halló la normalidad de la muestra, mediante el método de Shapiro Wilk, ya que la muestra es menor a 50 personas, tanto del grupo control como del grupo experimental, de igual forma, en el pre test y el post test.

La muestra posee una distribución normal, en todas las variables, menos en la de depresión, por ello, para continuar con el análisis comparativo entre el grupo control y experimental, así como para analizar las variables ansiedad, eustrés y distrés, se utilizó T de Student para muestras independientes y, en el caso de la depresión, se usó el método no paramétrico de U mann de Whitney.

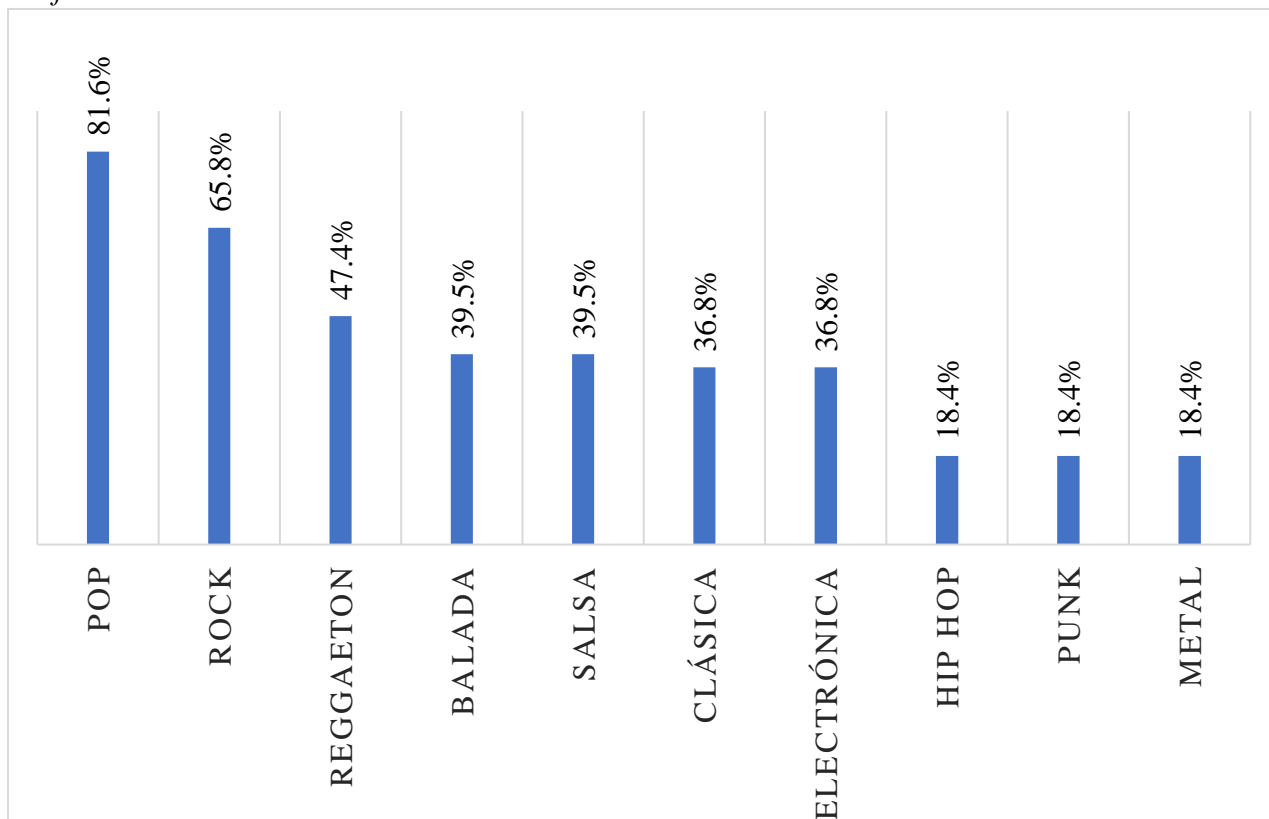
Por último, para el análisis comparativo entre el pre test y el post test, en las variables ansiedad, eustrés y distrés, se aplicó el método T de student para muestras dependientes y la variable depresión se procesó mediante la prueba de Wilcoxon.

Capítulo IV: Resultados

Estadística Descriptiva

Figura 1.

Preferencias Musicales



Nota. El grafico representa los principales géneros musicales preferidos de la muestra.

De acuerdo a los resultados mostrados en la tabla anterior, se puede observar que los géneros musicales preferidos por los participantes son, con una gran diferencia, el Pop y el Rock, con el 81.6% y 65.8% respectivamente.

Tabla 3.*Grupo experimental*

Niveles	Ansiedad				Depresión				Eustrés				Distrés			
	Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	0	0	0	0	9	45	11	55	0	0	0	0	0	0	0	0
Bajo	0	0	4	20	4	20	1	5	17	85	7	35	0	0	3	15
Medio	6	30	5	25	2	10	7	35	2	10	11	55	3	15	4	20
Alto	14	70	11	55	5	25	1	5	1	5	2	10	17	85	13	65
Total	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

Los resultados pre test, del grupo experimental, señalan que el 100% muestran niveles sintomatológicos de ansiedad, de rango medio y alto; el 35% reporta tener grado medio y alto de depresión; aunado a eso, el 85% revela niveles bajos de eustrés, simultáneamente el 100% exhibe niveles medios y altos de distrés.

Los resultados post test del grupo experimental, manifiestan que el 80% ostentan niveles sintomatológicos de ansiedad, medios y altos; el 40% indica niveles medios y altos de depresión; sumado a eso, el 35% posee niveles bajos de eustrés y, paralelamente, el 85% presenta niveles medios y altos de distrés.

Tabla 4.*Grupo control*

Niveles	Ansiedad				Depresión				Eustrés				Distrés			
	Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mínimo	0	0	0	0	4	22.2	6	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Bajo	0	0	0	0	1	5.6	4	22.2	11	61.1	10	55.6	0	0	1	5.6
Medio	5	27.8	7	38.9	9	50	6	33.3	6	33.3	8	44.4	2	11.1	7	38.9
Alto	13	72.2	11	61.1	4	22.2	2	11.1	1	5.6	0	0	16	88.9	10	55.6
Total	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100

Los resultados pre test, del grupo control, presentan que el 100% indican niveles sintomatológicos de ansiedad, de rango medio y alto; el 72.2% expresa tener grado medio y alto de depresión; conforme a eso, el 61,1% pone en conocimiento, niveles bajos de eustrés, simultáneamente el 100% reporta niveles medios y altos de distrés.

Los resultados post test del grupo control, manifiestan que el 100% ostentan niveles sintomatológicos de ansiedad, medios y altos; el 44.4% reporta niveles medios y altos de depresión; a su vez, el 55.6% posee niveles bajos de eustrés y, paralelamente, el 94.5% evidencia niveles medios y altos de distrés.

Tabla 5.*Análisis descriptivo de las variables*

Grupo	Pre Test	Nivel	Post Test	Nivel
Experimental	M (DE)		M(DE)	
<i>Ansiedad</i>	50.60 (8.708)	Alto	43.85 (11.856)	Medio
<i>Depresión</i>	17.30(11.622)	Bajo	14.65(10.189)	Bajo
<i>Eustrés</i>	14.80 (4.275)	Bajo	16.75 (4.983)	Medio
<i>Dístrés</i>	15.95 (3.316)	Alto	13.80 (3.318)	Alto
Grupo	Pre Test	Nivel	Post Test	Nivel
Control	M (DE)		M(DE)	
<i>Ansiedad</i>	52.61 (11.803)	Alto	50.11 (11.489)	Alto
<i>Depresión</i>	23.83 (13.836)	Medio	17.39 (9.230)	Bajo
<i>Eustrés</i>	15.11 (4.910)	Bajo	14.39 (5.370)	Bajo
<i>Dístrés</i>	17.00 (3.789)	Alto	14.94 (4.465)	Alto

En el grupo experimental, las variables ansiedad y dístrés presentan un nivel alto, en la primera evaluación, mientras que en el post test el dístrés se mantuvo en alto, pero la ansiedad disminuyó a nivel medio. El eustrés pasó de tener un rango bajo a un nivel medio. Finalmente, la depresión obtuvo un nivel bajo en ambos momentos.

En el grupo control, la ansiedad y el dístrés tuvieron un nivel alto tanto en la primera como en la segunda evaluación, aunque, en el post test muestra una menor media de puntuación. Continuando con la interpretación de los resultados, se puede mencionar que la depresión presentó un nivel medio en la primera evaluación y en la segunda un nivel bajo.

Por último, la variable eustrés mostró un nivel bajo en ambos tiempos, no obstante, presentó una media más elevada en la evaluación posterior.

Tabla 6.

Análisis de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pre test			
Puntuaciones de <i>ansiedad</i>	.982	38	.773
Puntuaciones de <i>depresión</i>	.931	38	.021
Puntuaciones de <i>eustrés</i>	.981	38	.763
Puntuaciones de <i>distrés</i>	.966	38	.288
Post test			
Puntuaciones de <i>ansiedad</i>	.978	38	.664
Puntuaciones de <i>depresión</i>	.971	38	.414
Puntuaciones de <i>eustrés</i>	.970	38	.401
Puntuaciones de <i>distrés</i>	.973	38	.480

*Sig.>0.05

Para proceder con el análisis inferencial, se comprobó la normalidad de la muestra, para lo cual, se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, debido a que la cantidad de datos es menor a 50. La tabla muestra que las variables ansiedad, eustrés y distrés tienen una distribución normal, puesto que $p > 0.05$, por esta razón, para efectuar el análisis

correspondiente, se empleó estadística paramétrica, sin embargo, en la variable depresión pre test $p < 0.05$, por lo que su distribución no es normal, por este motivo, el análisis de la variable depresión fue mediante estadística no paramétrica.

Estadística Inferencial

Tabla 7.

Comparación de las puntuaciones del grupo experimental (Pre test y post test)

	Pre Test	Post Test	t	p	d
	M (DE)	M(DE)			
<i>Ansiedad</i>	50.60 (8.708)	43.85 (11.856)	2.492	.022	0.557
<i>Eustrés</i>	14.80 (4.275)	16.75 (4.983)	-1.782	.091	-0.399
<i>Dístrés</i>	15.95 (3.316)	13.80 (3.318)	2.319	.032	0.519

Descubrimos diferencias estadísticamente significativas en los niveles sintomatológicos de ansiedad, donde las puntuaciones del pre test (M=50,60; DE=8,71) fueron mayores que las puntuaciones del post test (M=43.85; DE= 11.86). $t_{(19)}=2.49$, $p=0.022$, $d= 0.56$, siendo mediano el tamaño del efecto, para disminuir los niveles sintomatológicos de ansiedad. En cuanto a los niveles de eustrés no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aun así, los puntajes del pre test (M= 14.80; DE= 4.28) fueron menores que los puntajes del post test (M=16.75; DE=4.98). $t_{(19)}= -1.78$, $p=0.091$, $d= -0.40$, aquí el tamaño del efecto fue cercano al mediano, luego de la intervención se elevaron, medianamente, los niveles de eustrés; sin embargo, en el dístrés si se hallaron diferencias estadísticamente significativas, siendo las puntuaciones del pre test

(M=15.95; DE=3.32) mayores que las puntuaciones del post test (M=13.80; DE= 3.32) $t_{(19)} = 2.32$, $p=0.032$, $d= 0.52$, aquí la medida del efecto fue mediana.

Tabla 8.

Comparación de las puntuaciones del grupo experimental (Pre test y post test)

	Pre Test	Post Test	Z	p	G
	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)			Hedges
<i>Depresión</i>	13.50 (45)	13.00 (41)	-1.068	.285	0.229

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la depresión, donde los puntajes del pre test (Mdn=13.5; Rango=45) fueron ligeramente mayores que los puntajes post test (Mdn=13; Rango=41) $Z=-1.07$, $p=0.285$, g Hedges=0.23, el tamaño del efecto fue bajo.

Tabla 9.

Comparación de las puntuaciones del grupo control (Pre test y post test)

	Pre Test	Post Test	t	p	d
	M (DE)	M(DE)			
<i>Ansiedad</i>	52.61 (11.803)	50.11 (11.489)	0.915	.373	0.216
<i>Eustrés</i>	15.11 (4.910)	14.39 (5.370)	0.455	.655	0.107
<i>Dístrés</i>	17.00 (3.789)	14.94 (4.465)	2.453	.025	0.578

No hallamos diferencias estadísticamente significativas en los niveles sintomatológicos de ansiedad, donde las puntuaciones del pre test (M=52.61; DE=11.80) fueron ligeramente mayores, en comparación a las puntuaciones del post test (M=50.11; DE= 11.49). $t_{(17)}=0.92$, $p=0.373$, $d= 0.22$, teniendo el efecto una medida baja. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el eustrés, de hecho, los puntajes del pre test (M= 15.11; DE= 4.91) fueron mayores que los puntajes del post test (M=14.39; DE=5.37). $t_{(17)}= 0.46$, $p=0.655$, $d= 0.11$, en esta variable el tamaño del efecto fue muy bajo, donde los integrantes no recibieron la intervención, por otra parte, en el distrés sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas, siendo las puntuaciones del pre test (M=17; DE=3.79) mayores que las puntuaciones del post test (M=14.94; DE= 4.47) $t_{(17)}=2.45$, $p=0.025$, $d= 0.58$, el tamaño del efecto aquí fue mediano, pese a no recibir la intervención.

Tabla 10.

Comparación de las puntuaciones del grupo control (Pre test y post test)

	Pre Test	Post Test	Z	p	G
	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)			Hedges
<i>Depresión</i>	24.50 (52)	17.50 (31)	-2.904	.004	0.517

Hallamos diferencias estadísticamente significativas en la depresión, siendo las puntuaciones del pre test (Mdn=24.5; Rango=52) mayores que los puntajes post test (Mdn=17.5; Rango=31) $Z=-2.90$, $p=0.004$, g Hedges=0.52, el tamaño del efecto, a pesar de no recibir la intervención, para esta variable fue mediano.

Tabla 11.

Comparación de las puntuaciones del grupo experimental y control luego de la intervención

	Experimental (n=20)	Control (n=18)	t	p	d
	M (DE)	M(DE)			
<i>Ansiedad</i>	43.85 (11.86)	50.11 (11.49)	-1.65	.108	-0.54
<i>Eustrés</i>	16.75 (4.98)	14.39 (5.37)	1.41	.168	0.46
<i>Dístrés</i>	13.80 (3.32)	14.94 (4.47)	-0.90	.373	-0.29

El grupo no mostró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad, donde las puntuaciones del grupo experimental (M=43.85; DE= 11.86) fueron menores que la del grupo control (M=50.11; DE=11.49) $t_{(36)}=-1.65$, $p=.108$, $d= -0.54$, el tamaño del efecto fue mediano. Encontramos, también, que en el eustrés no hubo diferencias estadísticamente significativas a nivel grupal, donde los puntajes del grupo experimental (M=16.75; DE= 4.98) superan a los del grupo control (M=14.39; DE= 5.37) $t_{(36)}=-1.41$, $p=.168$, $d= 0.46$. La medida del efecto para esta variable fue cercana a la mediana; a su vez, el dístrés tampoco mostró tener diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo las puntuaciones del grupo experimental (M= 13.80; DE= 3.32) más bajas que las del grupo control (M=14.94; DE= 4.47) $t_{(36)}=-0.90$, $p=.373$, $d= -0.29$, la medida del efecto para esta variable fue baja.

Tabla 12.

Comparación de las puntuaciones del grupo experimental y control luego de la intervención

	Experimental (n=20)	Control (n=18)	U	p	G Hedges
	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)			
<i>Depresión</i>	13.00 (41)	17.50 (31)	147.5	.341	-0.28

No hallamos diferencias estadísticamente significativas en la depresión, donde las puntuaciones del grupo experimental (Mdn=13; Rango=41), fueron menores que los puntajes del grupo control (Mdn=17,5; Rango=31) U=147.5, p=0,341, g Hedges= -0,28, en esta variable fue donde menor tamaño del efecto tuvo la intervención, siendo éste bajo.

Capítulo V: Discusión

Los resultados, del presente trabajo, mostraron que aquellos participantes que recibieron el programa de musicoterapia, disminuyeron, significativamente, sus niveles sintomatológicos de ansiedad. Así tenemos que 16 de los 20 beneficiarios reflejaron esto y 7 de ellos, incluso, tuvieron un descenso de categoría. Lo obtenido en esta variable, luego de la intervención, muestra relación con el trabajo hecho por Lozano (2022), que en su estudio realizó una intervención en musicoterapia, la cual fue exitosa para disminuir la ansiedad post covid 19, brindada a unos estudiantes de una escuela superior de formación artística; antes de la intervención de su muestra de 50 participantes, el 10% no presentaba ansiedad; el 44% reflejaba ansiedad moderada; 36% ansiedad severa y el otro 10% presentó grado máximo de ansiedad. Después de la intervención solo el 18% presentaba ansiedad moderada y el 82% ya no presentaba ansiedad. Asimismo, el estudio realizado por Mozo y Ramos (2022), mostró una gran reducción de los niveles sintomatológicos de ansiedad, en el cual, los niveles previos de la muestra fueron grave en un 56%, moderado en un 43.2% y solo el 0,8% reflejó ansiedad leve. Posteriormente a la intervención, hubo un cambio positivo, teniendo niveles graves solo el 8,9%, moderado el 81,5% y el 8,9% obtuvo un grado leve, todo esto después de la medición.

En cuanto a los niveles sintomatológicos de estrés, al descomponerlo en el factor de distrés, se encontró un descenso significativo, 12 de 20 integrantes del grupo experimental, tuvieron un decremento en su nivel sintomatológico y 5 de estos bajaron una categoría en el test. Mientras que, en el eustrés, al ser un factor que mide el nivel de buen afrontamiento de las situaciones estresantes, es una variable que aumentó su grado, con la intervención, en 13 de los 20 individuos que pasaron por el programa, además, de esto 10 ascendieron de

categoría. Lo hallado tiene concordancia con los estudios de Tejada et al. (2019), quienes utilizaron la musicoterapia como método para reducir los niveles sintomatológicos del estrés académico de los estudiantes de I ciclo de enfermería. Teniendo un efecto positivo para reducir el estrés académico, además, de mejorar la adaptación a la vida universitaria y el rendimiento académico, destacándolo como un método de fácil manejo para docentes y estudiantes, el cual favorece a la salud física y mental. También contamos con la investigación de Curasma y Ticllasuca (2017) quienes reportaron el impacto favorable que tuvo la musicoterapia sobre el estrés, puesto que luego de la aplicación del programa ninguno presentó estrés severo, el 14% moderado y el 85% presentaron estrés leve.

Por último, se descubrió que los niveles sintomatológicos de depresión tuvieron una reducción, después de la intervención, aunque en ésta no hubo una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones entre el pre test y post test. A pesar de eso, 11 de 20 jóvenes presentaron un aminoramiento en su sintomatología depresiva y 7 de ellos tuvieron un cambio a un nivel menor en el test. Esto concuerda con el trabajo de González et al. (2022), el cual descubrió que no hubo tampoco diferencias significativas en la depresión, pre test - post test, teniendo esta poca variación y mejorando un poco, progresivamente, hacia el final del programa. Así también, se puede mencionar la investigación realizada por Casellas et al. (2021), la cual se utilizó como técnica terapéutica sobre pacientes oncológicos, comparando las variables del estado de ánimo y comprobando que la ansiedad disminuye mediante el uso de música relajante, sin embargo, los síntomas de depresión disminuyen levemente o se mantienen en algunos componentes.

En la comparación de grupos, entre aquellos que sí recibieron el programa de musicoterapia y los que no se sometieron a él, se halló que no hubo diferencias

significativas entre ellos, en ninguna de las variables. No obstante, en la variable eustrés el grupo experimental presentó una mayor puntuación que el grupo control, demostrando que el programa pudo favorecer al nivel de afrontamiento frente a estresores. Mientras que, en distrés, ansiedad, y depresión el grupo experimental expresó menores puntajes que el grupo control, por consiguiente, el programa de musicoterapia pudo contribuir a la disminución de la sintomatología en estas variables.

Es importante mencionar que, en la variable depresión, no se pudo tener una homogeneidad entre los grupos, presentando el grupo control la mayor mediana de puntuaciones, por consiguiente, esto no podría determinar que la intervención pudo disminuir la sintomatología depresiva. A pesar de esto, realizando un análisis individual de los beneficiarios del programa, se evidenció que el 85% de los jóvenes redujeron su nivel de ansiedad, 55% disminuyeron su sintomatología depresiva y 60% su nivel de dístres mientras que, el 65% aumentaron su nivel de eustrés.

Una información relevante, respecto a los individuos que no recibieron el programa, es que algunos de ellos, aumentaron sus niveles en el post test, el 27.8% incremento su nivel de ansiedad, el 16.7 % aumento tanto su depresión, como su distrés, mientras que el 33.3 % disminuyeron su nivel de eustrés lo cual refleja una vulnerabilidad frente a los estresores. Considerando esto, la intervención en musicoterapia también podría influir no solo disminuyendo la sintomatología del estrés, sino que, también, actuando como un factor protector o preventivo del mismo, coadyuvando como estrategia de afrontamiento, al facilitar la expresión emocional. Tal como indica Durán (2021), la vivencia en el ámbito musical nos permite una sensación de fluidez en el presente, a través del yo musical interior, el cual es un núcleo saludable presente en cada individuo. A nivel cognitivo,

estimula la atención, memoria y la reminiscencia y, a nivel emocional, apertura un canal de comunicación sin juicios, donde radica la aceptación y validación de las propias emociones. La musicoterapia se basa en compartir y formar parte de un conjunto musical, en el cual todas las formas de expresión son bienvenidas y valoradas y cada uno se autodescubre.

Los géneros musicales preferidos, de acuerdo a la muestra, fueron el pop y el rock. Por esa razón la intervención fue compuesta, principalmente, de producciones musicales pertenecientes a estos géneros para asegurar una mayor afinidad con el programa e incrementar la probabilidad de éxito de la intervención, disminuyendo los niveles sintomatológicos del estrés, ansiedad y depresión. Como lo señala Jiménez (2017), el considerar la historia musical de cada individuo puede ser un factor diferencial, para lograr una mayor eficacia de la intervención, ya que, de esa manera, el individuo tiene una interrelación más fuerte con la música que escucha en ésta, y con ello, también, conseguir una mayor adherencia al tratamiento, puesto que la relación personal con la música es algo sui géneris, tanto como la personalidad de cada individuo. Asimismo, piezas musicales específicas de la vida de cada persona, evocarán emociones y recuerdos que tengan un mayor significado para cada uno.

Las manifestaciones brindadas en cada sesión fueron variadas, aunque en su mayoría fueron muy positivas, reflejándose en éstas, comentarios que indicaban haber experimentado alegría, felicidad, tranquilidad, motivación euforia, empoderamiento, autoconfianza, persistencia, superación, bienestar, optimismo, resiliencia, tranquilidad, serenidad y que, adicionalmente, las canciones les dejaron mensajes de fortaleza, valentía, inspiración, a no rendirse ante la adversidad, motivación para alcanzar sus sueños, sintiendo que la vida es hermosa, que los problemas tienen solución y que no deben tener miedo.

Aunque algunos, también, expresaron tener sentimientos de melancolía, nostalgia y tristeza, esto puede deberse a que ciertas canciones por la época en la que se publicaron, las escuchaban en su infancia y les evocaba recuerdos de sus padres y familiares, asociados a los sentimientos mencionados, anteriormente, como, por ejemplo, el caso de una participante, quien manifestó que una determinada canción, le provocó melancolía, debido a que ella escuchaba esta canción con su papá, que, lamentablemente, falleció. En la sesión con música instrumental, algunos reportaron sentir ansiedad e incomodidad con ciertas melodías, esto último nos habla, también, de la particularidad que cada persona tiene con la música y de la percepción subjetiva que cada uno posee, pese a que fueron composiciones musicales elegidas en anteriores estudios como el realizado por Khosravy (2018).

Las percepciones y opiniones cualitativas de los beneficiarios del programa, coinciden con lo vertido en el estudio realizado por Tejada et al. (2021), en donde los estudiantes universitarios manifestaron que la musicoterapia disminuía su estrés y aumentaba su concentración, aliviando inclusive dolores, nervios y tensiones, además de proporcionarles relajación, aumentar su autoestima, su autoconfianza y su capacidad para afrontar, positivamente, los problemas que se les podía presentar, evidenciando un incremento de su resiliencia.

Conclusiones

La hipótesis formulada se confirma, ya que aquellos estudiantes que pertenecieron al grupo experimental y recibieron el programa de intervención en musicoterapia, presentaron niveles sintomatológicos más bajos de ansiedad, depresión y estrés, en comparación con aquellos estudiantes que pertenecieron al grupo control y que no recibieron la intervención.

Los niveles sintomatológicos que más se redujeron son los de la ansiedad, seguido por los de estrés y, en menor medida, los de depresión.

En relación al estrés, se concluye que su reducción radica, principalmente, en que la intervención, pudo haber propiciado el aumento de la capacidad de afrontamiento, viéndose esto reflejado en el aumento del nivel de eustrés.

En lo que concierne a los niveles de depresión, éstos se redujeron mínimamente luego de la intervención, incluso, los integrantes del grupo control, tuvieron un mayor descenso en esta variable, por lo que el decrecimiento de los puntajes en ésta, podrían estar asociados a otros factores más allá de la propia intervención.

Considerar la historia musical de cada persona, antes del proceso de intervención, a fin de poder elaborar el programa correspondiente, puede otorgar mejores resultados.

En su mayoría la sensación de los beneficiarios respecto al programa de intervención fue positiva, sintiéndose a gusto con el mismo, manifestando sentirse mejor luego de recibir la musicoterapia.

La musicoterapia es una herramienta muy positiva para el tratamiento de estos problemas mentales en jóvenes universitarios, sin embargo, no debe reemplazar un

tratamiento psicoterapéutico, sino más bien, ser un instrumento complementario que el psicoterapeuta puede considerar para el tratamiento del paciente.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones que se tuvo para la realización del presente estudio, una fue el tiempo que transcurrió entre la toma del pre test y el post test, siendo que éste no fue el mismo para todos los participantes, lo cual puede afectar los resultados.

Otra problemática a mencionar, fue que la realización de la intervención no pudo ser de manera presencial, debido a la pandemia. De haber sido realizada ésta en un mismo día, en una aula o espacio acondicionado, se pudo haber tenido un mayor control del ambiente, minimizar los distractores y factores externos durante la ejecución de las sesiones. Además, al haber realizado todo el programa durante un solo día, es muy probable, que los resultados reflejados en el post test se deban en un mayor grado a la propia intervención y no a factores externos, en ese sentido se podría haber evidenciado cambios exclusivos, directamente provocados por la musicoterapia.

Otra posible limitación fue la diferencia de sexo, al tener el estudio en su mayoría participantes del sexo femenino, más de la mitad de la muestra fueron mujeres, lo cual afecta la homogeneidad de la muestra.

Una dificultad más que se presentó, fue la disponibilidad de horario que tenían los participantes para acudir a las sesiones, debido a la diferencia de horarios que cada uno tenía.

Finalmente, podemos mencionar como otra limitante, la falta de compromiso de los participantes para asistir a todas las sesiones, razón por la cual, fue necesario contactarlos

posteriormente para realizar la intervención en otro momento, y en algunos casos al no poder acudir al llamado, se redujo, por consecuencia, la muestra final.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios de carácter cualitativo para conocer más sobre las percepciones y sensaciones subjetivas, que manifiestan los beneficiarios acerca de la musicoterapia.

Además, es recomendable continuar con estudios de intervención musicoterapéutica en la población joven universitaria, especialmente, realizando intervenciones sobre la depresión, ya que ésta es la que menor cantidad de intervenciones con musicoterapia posee, la mayoría de intervenciones para el tratamiento de la depresión están dirigidas a adultos mayores, sin embargo, la población joven universitaria también es propensa a tener trastornos depresivos o experimentar sintomatología depresiva.

Asimismo, se recomienda, que la musicoterapia sea un complemento psicoterapéutico, el cual empiece a utilizarse con mayor frecuencia, para enriquecer el tratamiento psicoterapéutico en ansiedad, estrés y depresión.

Se aconseja considerar bien los tiempos entre la toma del pre test, el inicio del programa de intervención y el post test, procurando que no transcurra mucho tiempo entre los mismos, además de buscar que el tiempo transcuriente sea igual para todos los participantes.

Por otro lado, se sugiere realizar más intervenciones de carácter mixto o con musicoterapia activa, a fin de que los participantes tengan un mayor involucramiento y

puedan desarrollar, en ésta, una mayor gama de aspectos y el desarrollo de más habilidades, como lo pueden ser el canto y el tocar algunos instrumentos.

Como última sugerencia, se propone que las intervenciones en musicoterapia sean grupales, ya que éstas permiten realizar reflexiones conjuntas y posibilitan una mayor reafirmación de emociones y pensamientos por una mayor cantidad de personas, dada la libre expresión y validación de los comentarios y reflexiones vertidas en la misma.

Para trabajar la depresión con musicoterapia se recomienda un programa regular y prolongado, a diferencia de las intervenciones enfocadas en trabajar ansiedad y estrés, pudiendo tener éstas menor regularidad o no tener la necesidad de abarcar periodos muy largos de tratamiento.

Referencias

- Abela, R. (2015). La musicoterapia en la Neurorehabilitación. *Música, Terapia y Comunicación*, (36),7-14. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5820872>
- Almanza, M. & Chavarria, D. (2017). *Efectos de la musicoterapia en la reducción de las dimensiones de ansiedad rasgo-estado de adolescentes estudiantes de undécimo grado del Instituto Nacional Monseñor Rafael Ángel Reyes del municipio de Diriomo, departamento de Granada en el segundo semestre del año 2016*. (Tesis para obtener el grado de licenciadas en psicología). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua. Repositorio Institucional RIUMA.
<https://repositorio.unan.edu.ni/10247/1/8791.pdf>
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>
- Barraza, R., Muñoz, N & Behrens, C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(1), 18-25. Scielo.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n1/art03.pdf>
- Beck, A. Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck segunda edición manual*. Argentina, Paidós.

- Berrío, N. & Mazo, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 3(2), 65-82. Universidad de Antioquía.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/11369>
- Blanco, J. (2012). *Musicoterapia como alternativa terapéutica en la Depresión*. (Tesis para optar al grado de maestría en psiquiatría). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Biblioteca y Centro de Documentación “Dr Julio León Méndez” Facultad de Ciencias Médicas.
<https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2012/014.pdf>
- Bottini, G. (2020). Terapias Expresivas y las Patologías del Desvalimiento. *Revista Desvalimiento Psicosocial* 7(2). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/5420/Terapias%20Expresivas_Bottini.pdf?sequence=1
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, (142), 1297-1305. Scielo. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia Métodos y prácticas*. México D.F, México: Pax
- Cardona, J., Pérez, D., Rivera, S., Gómez, J. & Reyes, A. (2014). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversas Perspectivas de Psicología*, 11(1), 79-89. Scielo. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Universitarios de Lima. *Revista de psicología de Trujillo*, 15(2), 170-182.

- Casellas, M., Segura, J., Andrés, C., Berbel, P. & López, Y. Efectos de la musicoterapia como técnica terapéutica a distancia en pacientes oncológicos. Ensayo piloto con un modelo de música de carácter relajante. *Aloma*, 39(2), 21-34. Revista Aloma. <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/503/200200320>
- Castillo, S., Gómez, V., Calvillo, M., Pérez, E. & Mayoral, M. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy* 37(5), 387-390. Elsevier <https://bothamadaleen.files.wordpress.com/2010/11/castillo-perez-effects-of-music-therapy.pdf>
- Castro, I. (2016). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo* (Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1013/castro_mi.pdf?sequence=1
- Contreras, J., Hernández, L. & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203. Scielo. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art04.pdf>
- Cuesta, J. (2019). *Aportes de la musicoterapia en la percepción del estrés académico en estudiantes de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de la ciudad de Bogotá*. (Tesis para optar al grado de maestría en Musicoterapia). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Repositorio Institucional de la

Universidad Nacional de Colombia.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77195>

Curasma, J. & Ticllasuca, B. (2017). *Musicoterapia en el estrés académico de estudiantes de la facultad de enfermería, universidad nacional de huancavelica - 2017*. (Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú. Repositorio Universidad Nacional de Huancavelica. <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1373>

De la Rubia, J., Sancho, P. & Cabañés, C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (2), 131-140. Researchgate. https://www.researchgate.net/publication/307850735_Impacto_fisiologico_de_la_musicoterapia_en_la_depresion_ansiedad_y_bienestar_del_paciente_con_demencia_tipo_Alzheimer_Valoracion_de_la_utilizacion_de_cuestionarios_para_cuantificarlo

Díaz, S. & Fernández, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de psicología*, 29(1), 54-65. Scielo. http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_clinica7.pdf

Dongo, J. (2017). *Aplicación de un programa de musicoterapia para disminuir ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas* (Tesis para obtener el grado de: Doctor en Psicología), Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Repositorio Universidad Nacional de San Agustín.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5343/PSDdoorjp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Durán, S. (2021). La importancia de la memoria emocional: Musicoterapia. *Neurovida*.

Neurovida. <https://neurovida.es/la-importancia-de-la-memoria-emocional-musicoterapia/#:~:text=La%20musicoterapia%20estimula%20la%20atenci%C3%B3n,de%20%C3%A1nimo%20e%20integraci%C3%B3n%20social.>

Fernández, O. (2013). La música como instrumento terapéutico. *UCrea Universidad de*

Cantabria. Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria.

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2965/FernandezAparicioO.pdf?sequence=1>

Garrigues, M. (2019). Hay 10 canciones que (según la ciencia) nos hacen felices. *Vogue*.

Vogue Spain. <https://www.vogue.es/living/articulos/musica-buen-humor-canciones-felices-ciencia>

Grau, J. & Castellanos, B. (1986). *Test IDARE-Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado -*

Manual y Test. Scribd. <https://es.scribd.com/doc/234120745/Test-IDARE-Inventario-de-Ansiedad-Rasgo-y-Estado-Manual-y-Test>

González, M., Domínguez, S. & Pino, M. (2022). Puede la musicoterapia mejorar la calidad

de vida de los ancianos institucionalizados. *Sanidad*. 10 (2), 39-47. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8872233/>

Guerra, J., Gutiérrez, M., Zavala, M., Singre, J., Goosdenovich, D. & Romero, E. (2017).

Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones*

Biomédicas, 36(2), 169-177. Scielo. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v36n2/ibi21217.pdf>

Guerrón, E. (2015). *Guía didáctica de estrategias en arte terapia para el trabajo con adolescentes entre las edades de 16-18 años que presenten ansiedad del colegio fiscal “Octavio Cordero Palacios”* (Tesis para obtener el grado de: Licenciada en Ciencias de la educación), Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Repositorio Institucional Universidad del Azuay.

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4969/1/11408.pdf>

Guzmán, J. & Reyes, M. (2018). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 36(2), 719-750.

Scielo. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v36n2/a13v36n2.pdf>

Guzmán, J. & Reyes, M. (2018). Percepción Global de Estrés Ficha Técnica. Scribd

<https://es.scribd.com/document/393564492/Percepcion-Global-de-Estres-FICHA-TECNICA>

Jauset, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Barcelona: UOC

Jiménez, C. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso. *Revista De Investigación En Musicoterapia*, 1, 85-105. *Revista de Investigación en Musicoterapia UAM*.

<https://revistas.uam.es/index.php/rim/article/view/7725>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta edición). *Universidad Florencio del Castillo*, 175-190. Universidad

Florencio Del Castillo. [https://www.uca.ac.cr/wp-](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

[content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

Iribarne, L. (2021). *Música, emociones y Neurociencias: influencia de la música en*

las emociones y sus efectos terapéuticos. (Trabajo final de grado), Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Perú. Colibri.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30492/1/tfg_pdf-1.pdf

Khosravy, H. (2018). *Efectividad de la musicoterapia como cuidado de enfermería sobre la ansiedad en pacientes en la etapa preoperatoria en una clínica privada.* (Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico), Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú. Cybertesis.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7952/Khosravy_sh.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Levante El Mercantil Valenciano (2017). Las 10 canciones que los científicos recomiendan para relajarse. Levante El Mercantil Valenciano. <https://www.levante-emv.com/cultura/2017/02/24/10-canciones-cientificos-recomiendan-relajarse-12228482.html>

Lozano, S. (2022). *Programa de intervención en musicoterapia para disminuir el estado de ansiedad post - Covid 19, en estudiantes de una escuela superior de formación artística pública de Iquitos – 2022* (Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Psicología), Universidad Científica del Perú, Iquitos, Perú. Universidad Científica del Perú.

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1905/SCARLETT%20OLIVIA%20LOZANO%20URREA%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Martí, P., Mercadal, M. & Solé, C. (2015). La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 346-352. Science Direct.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115001212>
- Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*, 25(1), 87-99. idUS.
https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/12812/file_1.pdf
- Martínez, Y. Gutiérrez, L. & Laguna, A. (2014). Musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 39(9). Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas.
<http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/159>
- Martínez, M.A. & Serpa, K. (2016). *Musicoterapia y estrés académico en estudiantes de la institución educativa emblemática Francisca Diez Canseco de Castilla Huancavelica* (Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Enfermería), Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú. Repositorio Universidad Nacional de Huancavelica.
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1921/TESIS%20MARTINEZ%20Y%20SERPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Melgosa, J. (2006). *Sin estrés*. Madrid, España: Safeliz
- Miranda, M., Hazard, S. & Miranda, P. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(4) 266-277. Scielo.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0266.pdf>

Mozo, D. & Ramos, E. (2022). *Efecto de la musicoterapia en el nivel de ansiedad de los jóvenes de un grupo parroquial Trujillo, 2022* (Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Enfermería), Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.

Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/109753/Mozo_SDS-Ramos_AEW-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Navines, R., Martín, R., Olivé, V. & Valdés, M. (2015). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359-366. Researchgate.

www.researchgate.net/profile/Manuel_Valdes3/publication/304336915_Work-related_stress_Implications_for_physical_and_mental_health/links/5bcf5e9c299bf1a43d9b35ad/Work-related-stress-Implications-for-physical-and-mental-health.pdf

Nemes, M. & Souza, L. (2018). Musicoterapia receptiva no tratamento da dor crônica. *Revista InCantare*, 9(1), 47-66. Periódicos Unespar.

<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/viewFile/2394/1605>

Organización Mundial de la Salud (2017). Salud mental en el lugar de trabajo. *World Health Organization*. https://www.who.int/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. *World Health Organization*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega, E., Esteban, L. Estévez, A. & Alonso, D. (2009). Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology* 2(2), 145-168. Asunivep.

<http://www.formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/22>

- Otero, C., Ballesteros, M., García, M., Otero, A., García, C., San Raimundo, M., Pérez, S. & González, J. (2019). La musicoterapia como intervención no farmacológica efectiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 107-116. Revista Infad de Psicología.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1902/1664>
- Puig, M. & Lluch, M. (2012). Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental. *Metas de Enfermería*, 15(9), 58-61. Salud y calidad de vida.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33663/1/599557.pdf>
- Quispe, R. (2017). *La musicoterapia y el nivel de ansiedad de los pacientes oncológicos durante las quimioterapias ambulatorias en el Hospital Sergio E. Bernales de noviembre 2016 a enero 2017*. (Tesis para optar al grado de Especialista en Enfermería Oncológica). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Cybertesis.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6531/Quispe_vr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reig, E. (2014). 200 canciones con música positiva. *Psicólogos Sabadell*. <http://psicologos-sabadell.com/?p=7398>
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16. Scielo. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>

Serna, G. & Chaverría, S. (2013). Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica. *Revista de Enfermería Neurológica*, 12(1), 18-26. Mediagraphic.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131d.pdf>

Soto Lopetegui, H., D'Alessandro, G, Pfeiffer, C. & Zain, J. (2019). Musicoterapia receptiva: experiencia vibroacústica en la variabilidad del nivel de estrés. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 4(1), 1-22. SEDICI.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/110029>

Subirats, M., & Taranilla, M. (2017). Efecto de la musicoterapia receptiva individual en los síntomas depresivos y de ansiedad en la demencia *Informaciones Psiquiátricas*, (228), 87-110. Semantic Scholar.

<https://pdfs.semanticscholar.org/79ea/c5359cd050ec115ea3b7ac0bac190d1d7f30.pdf>

Sucerquia, J. (2017). Estrategias no farmacológicas en el paciente clínicamente enfermo, ¿qué nos dice la literatura? *Universitas Médica*, 58 (3). Revistas Javeriana.

[https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-3%20\(2017-III\)/231053755006/#:~:text=Las%20estrategias%20terap%C3%A9uticas%20no%20farmacol%C3%B3gicas,que%20se%20benefician%20de%20ellas](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-3%20(2017-III)/231053755006/#:~:text=Las%20estrategias%20terap%C3%A9uticas%20no%20farmacol%C3%B3gicas,que%20se%20benefician%20de%20ellas)

Tejada, S., Díaz, R., Huyhua, S., Hinojosa, C. & Vega, A. (2021). Beneficios de la musicoterapia desde la mirada de los estudiantes universitarios de enfermería. *Medicina Naturista*, 16(1). Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8257029>

Tejada, S., Santillan, S., Diaz, R., Huyhua, S. & Sánchez, M. (2020). Musicoterapia en la reducción del estrés académico en estudiantes universitarios. *Medicina Naturista*, 14(1). Researchgate.

https://www.researchgate.net/publication/343007796_Musicoterapia_en_la_reduccion_del_estres_academico_en_estudiantes_universitarios

Trallero, C. (2004). Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés. *Revista virtual psiquiatría.com*, 1-10. Diposit Digital

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11516/1/musicoterapia%20en%20pacientes%20con%20cancer.pdf>

Tognetta, F. (2020). Cómo afecta la música a nuestras emociones. *DKV Salud*. DKV.

<https://quierocuidarme.dkv.es/ocio-y-bienestar/como-la-musica-influye-en-las-emociones>

Veytia, M., González, N., Andrade, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. Scielo.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a6.pdf>

Viedma, M. (2008). *Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas*. (Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología), Universidad de Granada, Granada, España. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=71672>

ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRESENTACIÓN

El presente documento tiene como objetivo poner de conocimiento aquella información sobre el estudio acerca de los efectos de una intervención de musicoterapia en la ansiedad, depresión y estrés en jóvenes universitarios, realizado por el Bachiller en Psicología Esteban Mariano Zúñiga Téllez para la solicitud de su consentimiento voluntario a participar en el estudio. El estudio busca hallar los efectos que la musicoterapia receptiva tiene sobre la ansiedad, la depresión y el estrés, de tal manera poder determinar la efectividad de una intervención en musicoterapia sobre las variables mencionadas en la población joven. Los resultados del estudio servirán para que en el futuro esta terapia tenga una mayor consideración como una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de estas problemáticas y se realicen más aplicaciones en el contexto peruano y arequipeño.

DESCRIPCIÓN

El estudio tendrá 60 participantes, de los cuales 30 recibirán la intervención en musicoterapia, esta tendrá una duración de 2 semanas, con 2 sesiones semanales, la misma estará conformada de cuatro sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos, la primera actividad será la aplicación de una ficha de datos sociodemográficos del participante y luego se procederá a la medición de las variables ansiedad, depresión y estrés, por primera vez, mediante los siguientes instrumentos:

- Inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de percepción global de estrés para universitarios

Una vez realizado esto se convocará a la mitad de los individuos para que reciban el programa de intervención en musicoterapia.

Se explicará el programa de intervención con mayor detalle de lo que se realizara en cada sesión, pero todas constan de la escucha activa de tres canciones con una reflexión y análisis sobre cada una de ellas, además de la respuesta a preguntas sobre las canciones y su relación con cada uno de los participantes.

Al terminar la intervención se convocará nuevamente a los 60 participantes y se les volverá a aplicar las pruebas psicológicas.

BENEFICIOS

Aquellos que reciban la intervención en musicoterapia, podrían tener una reducción en su sintomatología relacionada a la ansiedad, depresión y estrés.

PARTICIPACIÓN

La participación es absolutamente voluntaria y cualquiera de los participantes puede retirarse en el transcurso del estudio si así lo desea. La información brindada por los participantes se tratará con total confidencialidad y anonimato.

CONTACTO

Para comunicarse con el investigador pueden hacerlo mediante el correo

esteban.zuniga@ucsp.edu.pe

Anexo 2.

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz la respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinado para ello. La información brindada será únicamente utilizada para fines del estudio en el que usted está participando.

DATOS PERSONALES

NOMBRES:

APELLIDOS:

SEXO:

Masculino _____ **Femenino** _____

EDAD: _____

CARRERA PROFESIONAL: _____

SEMESTRE: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

DOMICILIO: _____

¿CON QUIÉN VIVE?: _____

¿TIENE HIJOS?:

Sí _____ **No** _____

¿CUÁL ES SU ROL EN SU FAMILIA?

En este apartado puede, tener una o más opciones de respuesta, marque las que apliquen en su caso.

Padre _____ **Madre** _____ **Pareja** _____ **Hijo/a** _____ **Hermano/a** _____

Otro _____ **¿Cuál?** _____

¿CÓMO ES LA DINAMICA FAMILIAR?

Muy buena _____ **Buena** _____ **Regular** _____ **Mala** _____ **Muy mala** _____

¿ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO?

Sí _____ **No** _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor continúe con las preguntas

¿EN QUÉ ORGANIZACIÓN TRABAJA?: -

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA LABORANDO EN ESA ORGANIZACIÓN?:_____

¿CÚAL ES SU CARGO O QUÉ LABOR DESEMPEÑA?:_____

¿CUÁLES SON SUS GENEROS MUSICALES PREFERIDOS? Puede marcar todas las alternativas que desee.

Pop	Merengue	Country
Rock	Vallenato	Disco
Punk	Hip Hop	Electrónica
Metal	Jazz	Folk
Balada	Clásica	Reggae
Salsa	Blues	Reggaetón
Cumbia	Soul	Tango

Anexo 3.

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4

19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4

38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 4.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija UNO de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o

haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 5.

Escala de Percepción Global de Estrés para Universitarios (Adaptado en estudiantes universitarios peruanos)

Marca con una "X" en el casillero aquella opción que exprese mejor tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. Para cada pregunta coloca solo una opción.					
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuente mente	Casi siempre
1. En el último mes ¿Cuán seguido has estado molesto por que algo pasó de forma inesperada?					
2. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido incapaz de controlar hechos importantes en tu vida?					
3. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido continuamente tenso?					
4. En el último mes ¿Cuán seguido te sentiste seguro de tus habilidades para manejar tus problemas personales?					
5. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
6. En el último mes ¿Cuán seguido confiaste en tu capacidad para manejar tus problemas personales?					
7. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que las cosas te estaban resultando como tú querías?					
8. En el último mes ¿Cuán seguido te diste cuenta que no podías hacer todas las cosas que debías hacer?					
9. En el último mes ¿Cuán seguido has podido controlar las dificultades de tu vida?					
10. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que tienes el control de todo?					
11. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido molesto por situaciones que estaban fuera de tu control?					
12. En el último mes ¿Cuán seguido pudiste controlar la manera en que utilizaste el tiempo?					
13. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que los problemas se te habían acumulado?					