



**Universidad Internacional de La Rioja  
Máster Universitario en Musicoterapia**

**Musicoterapia como medio para el  
tratamiento del estrés y la ansiedad  
del docente**

**Trabajo fin de máster  
presentado por:**

Kevin Magdalena Giménez

**Director/a:**

Patricia Martí Auge

Lugar: Murcia  
Fecha 18-09-2018  
Firmado por:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'K' and a series of diagonal lines.

## **Índice**

1. Introducción.....	3
Justificación y problema.....	4
Objetivos.....	5
2. Marco Teórico.....	6
Conceptualización de ansiedad y estrés.....	6
Ansiedad.....	6
Estrés.....	8
Definición y concepto de musicoterapia.....	9
Qué es la musicoterapia.....	9
Musicoterapia activa y musicoterapia pasiva.....	12
Habilidades del musicoterapeuta.....	14
Musicoterapia aplicada en población con estrés y ansiedad.....	15
Contexto sanitario.....	16
Contexto social.....	19
Contexto educativo.....	22
Otros estudios.....	22
Musicoterapia aplicada en docentes con estrés y ansiedad.....	23
Causas del estrés en docentes.....	23
Burnout del docente.....	25
Tratamiento musicoterapéutico del estrés docente.....	26
Mindfulness.....	29
3. Marco Metodológico.....	30
4. Discusión.....	33
5. Conclusiones.....	44
6. Referencias bibliográficas.....	46

## **Resumen**

El presente Trabajo Fin de Máster busca recabar información acerca de la musicoterapia como terapia complementaria en personas con estrés y ansiedad, centrándose en el colectivo docente. Para ello se plantea una justificación contextual y se delimitan los objetivos que se pretenden alcanzar mediante esta revisión. Continúa con el marco teórico, cuya base servirá para generar una discusión que permita establecer conclusiones sobre el efecto de la musicoterapia ante esta problemática. La musicoterapia ha demostrado ser una disciplina efectiva en este ámbito, pudiéndose abordar desde diversos prismas metodológicos. Mientras que el problema es de un impacto considerable en la sociedad, la bibliografía al respecto es reducida, lo cual demanda esfuerzos por seguir investigando en este terreno.

Palabras clave: Musicoterapia, Estrés, Ansiedad, Docentes, Burnout

## **Abstract**

The current Master's degree final project seeks to gather information about music therapy as a complementary therapy in people with stress and anxiety, focusing on the teaching collective. To do so, a contextual justification is presented and the objectives to achieve through this review are delimited. Continues with the theoretical framework, whose foundation will serve to generate a discussion that allows conclusions about the effect of music therapy on this issue. Music therapy has proven to be an effective discipline in this field and can be approached from different methodological prisms. While the problem is of considerable impact in society, the literature on this is limited, which demands efforts to continue researching in this subject.

Keywords: Music Therapy, Stress, Anxiety, Teachers, Burnout

## **1. Introducción**

Vivimos en un mundo cada vez más globalizado. Los medios de comunicación y las redes sociales forman parte esencial de nuestro día a día. Se forman grupos de trabajo, de cenas o de hacer deporte. Cada vez estamos más conectados, con las ventajas y desventajas que ello supone. Intentamos sacar un hueco para tomar el café con un amigo entre las múltiples responsabilidades que ocupan una jornada mientras somos bombardeados en un flujo constante de estímulos y datos.

No hace falta indagar mucho para afirmar que nos encontramos en el momento más frenético de la historia de la humanidad. Parte de ello es debido a los rápidos avances científicos y tecnológicos. La tensión y las presiones sociales derivadas de estos cambios hacen que muchos individuos quieran crear impacto a través de sus acciones, ya sea en su trabajo, en su carrera, o en sus relaciones.

Cada vez es más común oír hablar y sufrir de primera mano los estragos del estrés y la ansiedad, que pueden acabar desencadenando trastornos. Las personas que lo experimentan sienten el daño que provoca a nivel físico y mental como respuesta a una situación que no saben cómo afrontar, pudiendo verse superadas, sentir agobio y afectar a su personalidad. Estos desequilibrios no son simples estados de humor, son respuestas emocionales que provocan importantes cambios biológicos en nuestro cuerpo y que si no son atendidos con la atención oportuna pueden ir a peor.

Los centros educativos son una de las instituciones donde más estrés se puede generar debido a la gran cantidad de personas que interaccionan y realizan tareas allí. Los maestros y profesores se someten a multitud de estímulos ambientales: idiosincrasia de las aulas, alumnos con falta de interés o disciplina, cumplimiento de los objetivos propuestos, relación con las familias del alumnado y con los compañeros del equipo educativo, así como un largo etcétera.

Este trabajo pretende recopilar información bibliográfica sobre estrés y ansiedad, tanto conceptualmente, como en relación al profesorado de los centros educativos. Posteriormente se profundizará en qué ha hecho y qué puede hacer la musicoterapia para mejorar la calidad de vida de esta población.

## ***Justificación y problema***

En un artículo publicado por Remes, Brayne, Van der Linde y Lafortune (2016), se puede observar una minuciosa revisión global de revisiones sistemáticas sobre trastornos de ansiedad, dejando a la luz varios datos de relevancia. A nivel global, entre los años 1990 y 2000 alrededor de cuatro de cada 100 personas experimentaron ansiedad, siendo las mujeres adultas las más afectadas por género y edad. A día de hoy, la mayor proporción de individuos con ansiedad se encuentra en Norteamérica, donde casi ocho de cada 100 personas se ven afectadas; la proporción es más baja en el este de Asia, donde menos de tres de cada 100 personas tienen este problema de salud mental (Remes et al, 2016).

Esto hace pensar en primera instancia que la sociedad y estilo de vida competitivo y acelerado de Occidente, diferente en muchos aspectos de lo que se puede observar en lugares de Oriente y Asia, tiene mucho que ver en el tema a tratar. En palabras de Zarate (2016): “Existe una historia social arraigada en Estados Unidos que está directamente relacionada con el equilibrio entre el éxito y el miedo al fracaso” (p.3).

El excesivo e inadecuado uso de fármacos por parte de la sociedad demuestra que es un problema grave. Un estudio de Vicente, Macías Saint-Gerons, González, Montero, Catalá-López y de la Fuente (2013), concluye que hubo un incremento del uso de ansiolíticos e hipnóticos de un 46,1% en el período de 2000-2011.

En el contexto laboral, la incertidumbre y la inestabilidad económica han hecho de España uno de los países con más estrés de toda la Unión Europea. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2018), el 40% de los trabajadores españoles afirma sufrir estrés en su puesto laboral.

Por tanto, y dados los datos sobre la alta prevalencia del estrés y la ansiedad, se estima la apremiante necesidad de tratar e intentar paliar los problemas que se puedan generar. Las terapias artístico-creativas, como la musicoterapia, tienen un potencial muy relevante debido a que trabajan con los pacientes desde un plano activo y emocional que reacciona a sus demandas.

En el ámbito clínico, esta terapia no es un sustituto o alternativa a un fármaco, pero se puede unir como un complemento a un tratamiento específico (Lane, 1992). Utilizada de una manera sistemática y planificada, la música tiene efectos muy beneficiosos sobre el ser humano. La musicoterapia es una terapia no invasiva que pretende potenciar la recuperación y conseguir una mejor calidad de vida para las personas.

Desde el punto de vista de los contextos educativos, y más concretamente desde la aprobación de la LOGSE (Ley 1/1990 de 3 de octubre, Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo), se inició el camino de la integración del alumnado con necesidades educativas especiales en los centros públicos. Esto dio lugar a una colaboración multidisciplinar muchísimo más amplia en los colegios, encontrando hoy en día profesionales del ámbito clínico y terapéutico que tienen un papel muy relevante en los centros. (Universidad Internacional de La Rioja, 2017). Este y otros hechos están ampliando las posibilidades a los musicoterapeutas a la hora de aplicar musicoterapia educativa preventiva, o bien, musicoterapia educativa propiamente dicha. Por lo tanto y tras lo expuesto, es importante investigar sobre su eficacia en las instituciones educativas, concretamente sobre su efecto en docentes con ansiedad y estrés.

## ***Objetivos***

### *Objetivo general*

- Establecer conclusiones sobre la efectividad de la musicoterapia para el tratamiento del estrés y la ansiedad en docentes.

### *Objetivos específicos*

- Recopilar y revisar bibliografía existente.
- Analizar y discutir la información recogida con respecto a los objetivos terapéuticos propuestos.
- Conocer las técnicas de musicoterapia utilizadas para el tratamiento de la ansiedad y el estrés.
- Comparar la efectividad de metodologías de musicoterapia activa y pasiva.

## **2. Marco Teórico**

Este apartado pretende recoger información válida y fiable sobre los diferentes estudios y autores que abordan la musicoterapia en el tratamiento de la ansiedad y el estrés en docentes. En primer lugar se abordarán los conceptos de ansiedad y estrés, posteriormente se explicará de forma general qué es y en qué consiste la musicoterapia y finalmente se profundizará en la relación existente entre estos dos apartados.

### ***Conceptualización de ansiedad y estrés***

En un artículo publicado por Sierra (2003), se exponen una serie de reflexiones que van a ser de utilidad antes de empezar a definir estos términos.

La primera que interesa es que, a día de hoy, existe una gran confusión con la palabra ansiedad, pues bajo la misma se han relacionado diversos términos en el campo de la psicología. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas asociadas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.).

La segunda es que, a pesar de la multitud de intentos por diferenciar entre los conceptos de ansiedad y estrés por parte de filósofos, médicos y psicólogos, en la actualidad se siguen confundiendo de manera que, a menudo, se combinan o se usan indistintamente.

#### *Ansiedad*

Spielberger (1972, citado en Ansorena, Cobo y Romero, 1983) define la ansiedad como un proceso compuesto por varias fases de reacciones cognitivas, afectivas y del comportamiento derivadas del estrés.

Insiste en relacionar tres conceptos en torno a la ansiedad: la ansiedad como estado, la ansiedad en concomitancia al miedo y el estrés y la ansiedad como un rasgo de la personalidad. Desarrolló el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), muy utilizado por multitud de profesionales debido a su rigor científico.

De una manera sintética, Sierra (2003) describe la ansiedad como un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación al peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de desastre inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos que manifiestan una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro.

Por otro lado, García y Nogueras (2013) se refieren a la ansiedad como una respuesta mental y física que se produce ante situaciones de peligro. Ésta se inicia durante períodos de estrés psíquico o físico y se convierte en un problema prolongado cuando los síntomas aparecen frecuentemente, perduran e impiden realizar una correcta vida diaria debido a su gravedad.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Procesos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas y se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo.

Estos son el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Las personas que sufren trastornos de ansiedad suelen sobreestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan y el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad son desproporcionados lo realiza un profesional tomando como referencia el contexto cultural del paciente.

Gran parte de estos trastornos se desarrollan en la infancia y se da con más frecuencia en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1)

## Estrés

El “stress” es el nombre con el que Hans Seyle bautizó a una serie de reacciones en el organismo de los seres vivos. Es considerado como el primer investigador en estudiar el fenómeno del estrés de manera científica y sistemática (Moscoso, 1998).

En contexto laboral, Seyle (1978, citado en Rodríguez, Guevara, y Viramontes, 2017) realiza una distinción entré dos tipos de estrés. El primero es el que pone a los seres humanos en un estado de alerta y que necesita para llevar a cabo ciertas acciones con efectividad, considerándolo como estrés positivo (eustrés) ya que no genera trastornos en el organismo. El segundo sería su parte opuesta, el estrés negativo (distrés) que si provocaría un efecto nocivo físico y psicológico. Esta visión, sobre todo en referencia al estrés como medio de defensa natural, es apoyada por autores como McGonigal (2013) y Krantz, Kiecolt-Glaser y Thorn (2013).

Lázarus y Folkman (1984) catalogan al estrés como una serie de interacciones entre el individuo y la situación en la que se encuentra; cuando esta última sobrepasa la capacidad de la persona para afrontarla es cuando pone en riesgo su bienestar (citado en Rodríguez, Guevara y Viramontes, 2017).

Sierra (2003) establece que el estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su vida. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. Tener estrés significa estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado o sobrepasado; encontrarse en situaciones en las que no es fácil mantener un control o equilibrio.

Krantz, Kiecolt-Glaser y Thorn, (2013) establecen el estrés como una respuesta automatizada que desarrollaron genéticamente los antepasados del *Homo sapiens* para defenderse de depredadores y otras amenazas del entorno. En situaciones extremas el sistema se pone en marcha, segregando hormonas que elevan el ritmo cardíaco, aumentando la presión arterial e incrementando la energía biológica. Hoy en día es mucho menos probable que se den estas situaciones, pero cumplir pagos y plazos, esquivar el tráfico de la vía pública o lidiar con un aula de treinta alumnos hace que el cuerpo reaccione de la misma forma.

Debido a que el malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable en comparación con los trastornos de ansiedad, en el DSM-5 se distinguen varias categorías de estrés en un apartado denominado como *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*, donde se pueden encontrar los trastornos de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y el trastorno de adaptación.

Si bien es cierto que a grandes rasgos ansiedad y estrés parecen solaparse y compartir características, cabe decir de una manera muy resumida que la principal diferencia es que el estrés es una reacción fisiológica ante las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad tiene un carácter mucho más amplio, relacionando aspectos de índole psicológico, físico, motor, etc.; pudiendo derivar en distintos tipos de ansiedad.

### ***Definición y concepto de musicoterapia***

#### *Qué es la musicoterapia*

La musicoterapia, o terapia a través de la música, es una disciplina científica consolidada en varios países y que se encuentra dentro del grupo de las llamadas terapias artístico-creativas, de las cuales además forman parte la danzaterapia, el arteterapia y el psicodrama. Es también un proceso constructivo mediante el cual se trata de mejorar, preservar o restaurar la calidad de vida del paciente a través de experiencias musicales (Universidad Internacional de La Rioja, 2017).

Los musicoterapeutas son profesionales formados que utilizan y diseñan modelos de intervención con actividades y técnicas musicales estratégicamente creadas para establecer una relación de ayuda efectiva, ya sea trabajando en agrupaciones individuales o grupales. Esta relación de ayuda consiste en partir de las necesidades sociales, emocionales y afectivas desde un plano comunicativo, cognitivo y motriz. Esto es posible porque la música influye de múltiples maneras en el ser humano. A lo largo de la historia de la musicoterapia se ha comprobado que produce efectos a todos los niveles: biológico, fisiológico, psicológico, intelectual,

social o espiritual. Este hecho proporciona gran versatilidad al terapeuta, que podrá adaptarse a cualquier demanda y realidad institucional por muy compleja que parezca (Universidad Internacional de La Rioja, 2017).

Existen diferentes definiciones por parte de las asociaciones y los profesionales de la musicoterapia acerca de su concepto, ya que según Pérez y Fernández (2015), estas definiciones fueron evolucionando con los avances y prácticas sanitarias.

En 1997, la American Music Therapy Association (AMTA), publicó la siguiente descripción sobre la musicoterapia:

La musicoterapia es una profesión aliada del campo de la salud que utiliza música y actividades musicales para tratar necesidades físicas, psicológicas, cognitivas y sociales de individuos con discapacidades. La profesión fue establecida como tal en 1950, como resultado del trabajo realizado con los pacientes de los Hospitales de Veteranos a través de la música después de la Segunda Guerra Mundial. Hoy en día hay más de 5.000 musicoterapeutas en los EE.UU. empleados en hospitales, clínicas, centros de día, escuelas, centros de salud mental, centros de drogadicción, centros geriátricos, centros para enfermos terminales, centros de rehabilitación, prisiones y práctica privada. Los estudios de investigación realizados en el último medio siglo apoyan la efectividad de la musicoterapia en muchas áreas: para facilitar el movimiento y la rehabilitación física global; para motivar a la gente a enfrentarse con el tratamiento; para ofrecer apoyo emocional a pacientes y familias; como medio para la expresión de los sentimientos; y para la psicoterapia orientada al proceso. (Davis, Gfeller y Thaut, 2000, p.7).

La definición más extendida, expuesta por la Federación Mundial de Musicoterapia, conceptualiza la musicoterapia como:

El uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, armonía y melodía) por un musicoterapeuta especializado con un cliente o grupo de clientes en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como objetivo desarrollar el potencial y/o reparar funciones del individuo para que así pueda alcanzar la integración interpersonal e intrapersonal y consecuentemente alcanzar una mejoría de vida a través de prevención, rehabilitación y tratamiento (WFMT, 1996).

La actualización de esta definición llevada a cabo también por la Federación Mundial de Musicoterapia en el año 2011, expone que:

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional, intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basadas en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos (WFMT, 2011)

Los ámbitos en los que puede desarrollar su trabajo un musicoterapeuta se encuentran dentro de diversos campos como en el educativo, el sanitario, y el social:

- En el educativo se englobarían los centros de integración, de educación especial, escuelas de música, escuelas infantiles y los centros escolares, en general.
- Con respecto a la rama sanitaria, se puede llevar a cabo la práctica de la musicoterapia dentro de los hospitales en diferentes servicios como oncología, neonatología, psiquiatría, pediatría, geriatría, cuidados intensivos, cuidados paliativos, etc.
- Por último, en cuanto al aspecto social, se sitúan los centros de menores, de acogida, instituciones penitenciarias, centros de tipo asistencial como residencias y centros de día de personas mayores o con discapacidad.

La musicoterapia siempre tiene un propósito. Y según Bruscia (1997) ser sistemático se basa en las siguientes características:

- Objetivos claros: las sesiones de musicoterapia deben tener unas metas claras y, en ocasiones, se necesita tiempo y experiencia compartida entre terapeuta y cliente para poder conseguir unos objetivos específicos.
- Temporalmente organizada: la musicoterapia se organiza en el tiempo. Las sesiones se planifican, tienen una duración y deben tener un ritmo temporal adecuado, así como una secuencia de evolución en el proceso terapéutico.
- Metódica: todos los procesos constan de tres partes: diagnóstico, tratamiento y evaluación.
- Basada en conocimientos: la música se basa en una serie de conocimientos definidos y que no se consideran una rama de la medicina, la psicología o la música.

Además de lo expuesto, existen una serie de códigos oficiales de ética y de práctica clínica que estipulan unas pautas en cuanto a la relación entre paciente y terapeuta, derechos del cliente, competencias, investigación y honorarios. Algunas de las entidades internacionales de referencia en cuanto a la creación de códigos éticos son la American Music Therapy Association (AMTA), la World Federation of Music Therapy (WFMT) y la European Music Therapy Confederation. En España los musicoterapeutas se rigen por el Código Ético para Musicoterapeutas Profesionales en España (CEMPE).

### *Musicoterapia activa y musicoterapia pasiva*

En musicoterapia, la manera más general de clasificar metodologías es etiquetar la actuación en uno de los dos grandes tipos: musicoterapia activa y musicoterapia pasiva. En este apartado se van a explorar los modelos más utilizados, así como sus características, permitiendo así encontrar diferencias o nexos comunes que ayuden a comprender qué método podría ser susceptible de ser utilizado en docentes con estrés y ansiedad.

La musicoterapia activa hace uso de instrumentos musicales en vivo, esto quiere decir que permite una amplia multitud de interacciones con el paciente. Son sesiones dinámicas donde el paciente crea sonido, improvisa y expresa a través de los gestos, las palabras o la música en si misma; de forma libre y espontánea, siguiendo o no pautas establecidas por otros (Universidad Internacional de La Rioja, 2017).

Trallero (2008) utiliza en su investigación con docentes la Musicoterapia Autorrealizadora, un método basado en la improvisación como rasgo más destacable. Toma este nombre del hecho de desarrollar y propiciar la exteriorización y la creatividad de los participantes, que descubren y manifiestan a través de la percusión y la voz sus potencialidades y cualidades.

En esta línea se encuentra una metodología que nace de la psicoterapia humanista y que es propia de la musicoterapia activa. El método Nordoff-Robbins es uno de los más extendidos de los últimos 50 años y aunque está dirigido

principalmente a niños con algún tipo de discapacidad, su uso está muy extendido ya que se ha comprobado que se puede llevar a cabo con pacientes adultos. Uno de sus conceptos principales es el “Niño Musical”, idea de gran importancia en la población con alguna discapacidad, ya que el Dr. Paul Nordoff y Clive Robbins creían en el potencial de cada individuo y en la reacción natural a la música. Las sesiones (individuales o grupales) se realizan habitualmente con el musicoterapeuta tocando el piano y el paciente improvisando con algún instrumento que él haya elegido, partiendo siempre desde unas consignas iniciales muy claras (Universidad Internacional de la Rioja, 2017).

Para que la terapia funcione, el paciente debe estar abierto a experiencias con los demás y consigo mismo, ya que esto representa la organización de distintas capacidades como las receptivas, cognitivas y expresivas. Tanto terapeuta y paciente se comunican predominantemente a través de la música, lo que hace que su relación no sea tanto de tipo verbal como musical. Los objetivos se han alcanzado cuando la confianza del paciente es en sí mismo, en el terapeuta y en crear música juntos (Bruscia, 1999).

Por otro lado, cuando se aplica musicoterapia receptiva o pasiva se usan principalmente grabaciones donde el paciente escucha música de forma pasiva, pero siempre mediante un prisma arbitrario; de aquí la cuidadosa elección de la pieza por parte del musicoterapeuta. Puede así utilizarse para canalizar medios de expresión y como estimuladora de la creatividad, pudiendo ayudar al cliente a expresar sentimientos, palabras o ideas a través del verbo o también para amplificar la escritura. Además, puede acompañar a la realización de actividades plásticas como el dibujo, la pintura o el modelaje.

El uso de la música grabada se centra en evocar imágenes, recuerdos, símbolos y emociones para facilitar la intervención y el autoconocimiento. Sin embargo no es posible adaptarla al tempo individual de cada paciente, por lo que hay que ser muy cuidadosos y realizar un examen previo antes de elegir los temas que se quieran usar. (Universidad Internacional de La Rioja, 2017)

Helen Bonny, la creadora del método GIM, explica que se emplea la música para explorar y alcanzar los niveles extraordinarios de la conciencia humana (Bonny y Savary, 1973). La audición musical se realiza a través de veintiún cintas de música

culta o erudita seleccionadas por la autora que más tarde se revisaron y posteriormente fueron recopiladas en CD por Kenneth Bruscia (Barcellos, 2000).

La sesión se divide en cuatro partes:

- Diálogo introductorio con el paciente
- Relajamiento, en el que el terapeuta conduce al paciente a una relajación física y psicológica.
- Escucha de la música seleccionada.
- Registro de lo acontecido y relatado por el paciente en la sesión

Según Barcellos (2000), el papel que tiene la música en este método complementa los objetivos a conseguir en la terapia. Se busca acceder al mundo interno, liberar emociones intensas, contribuir a tener una experiencia culminante y proporcionar un momento donde el tiempo es inexistente. Debido a su impacto psicológico, sus utilizaciones clínicas están indicadas a personas mentalmente sanas, es decir, que no padecan enfermedades mentales. La finalidad es que busquen conocerse a sí mismos y pasar por un proceso de cambio, generado desde su interior.

### *Habilidades del musicoterapeuta*

El musicoterapeuta, para ejercer la profesión, debe poseer una serie de características. Según Del Olmo (2006):

De la misma manera que un intérprete musical no es un maestro o pedagogo por el solo hecho de saber tocar un instrumento y haber recibido formación musical, tampoco se convierte en musicoterapeuta quien sabe tocar un instrumento o es un compositor. La diferencia radica en el uso concreto que se hace de la música, el objetivo que se persigue y la intención terapéutica del profesional que lleva a cabo la intervención musical. Las competencias que capacitan a un profesional en el ejercicio de la musicoterapia vienen determinadas por el conocimiento y la destreza de materias como la interpretación, composición, arreglos e improvisación musical según los diferentes estilos musicales; estudio, análisis y reconocimiento del hecho musical en los distintos períodos históricos, teniendo en cuenta los aspectos sociales y funcionales de la música; trabaja con diferentes estrategias musicoterapéuticas (que incluyen el uso de instrumentos, la voz y el cuerpo) (...) Parece arriesgado, por tanto, no tener en cuenta la importancia de que

quien lleve a cabo la intervención en musicoterapia, sea en el ámbito que sea, tenga formación específica en la materia. (p.49)

Es de importancia añadir que el desarrollo profesional del musicoterapeuta empieza en uno mismo. Al trabajar con individuos, las competencias personales deben estar bien consolidadas para afrontar la práctica. Deben ser capaces de crear, improvisar, atender, analizar, imaginar y proponer de una manera flexible y predispuesta a posibles cambios frente a las variables. La responsabilidad con el cliente es total y la comunicación un aspecto esencial. Habilidades como la empatía, la compasión, la prudencia, la simpatía son parte de la vocación que hace tan efectiva a esta disciplina en el terreno humano.

En el ámbito clínico, Serafina Poch (1999) afirma que los musicoterapeutas siempre trabajan de manera interdisciplinar, colaborando con los miembros del equipo en el que se integre. No es competencia del musicoterapeuta el diagnóstico clínico, sin embargo, puede contribuir al mismo aportando observaciones, comprendiendo al paciente o interpretando las relaciones que se establezcan gracias a la música.

### ***Musicoterapia aplicada en población con estrés y ansiedad***

La musicoterapia como herramienta para la canalización de emociones y la relación personal y humana que se establece entre paciente y terapeuta, quien actúa como fuerza dinamizadora de cambio, convierten a esta disciplina en un proceso terapéutico a tener en cuenta para trabajar con ansiedades, siendo prueba de ello numerosos casos exitosos (Jiménez, 2017).

A continuación, se recogen aquellos estudios encontrados en diferentes ámbitos de aplicación que utilizan la musicoterapia como herramienta en pacientes que sufren estrés y ansiedad.

### *Contexto sanitario*

Chil y Pérez (2003) realizaron un estudio aplicando musicoterapia pasiva donde escogieron a 40 pacientes vulnerables al estrés y la ansiedad que sufrían hipertensión arterial, formaron dos grupos de 20 individuos cada uno (grupo de tratamiento musicoterapéutico y grupo control). Estos dos grupos fueron conformados para que tuvieran las características más homogéneas posibles, principalmente en cuanto a edad, raza y sexo.

Utilizaron cuestionarios de vulnerabilidad psico-social, cuestionarios de vulnerabilidad al estrés y cuestionarios autovalorativos (IDERE). Para la ansiedad se usó concretamente el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger. Los resultados de estas dos últimas técnicas se utilizaron como base del programa musicoterapéutico en la elección del tipo de música que iban a escuchar los pacientes.

Los materiales utilizados durante las sesiones fueron un esfigmomanómetro aneroide de mercurio para medir los niveles de presión arterial y un reproductor de CD para reproducir la música.

El tratamiento contó con 15 sesiones que duraron dos meses, con una frecuencia de encuentro de dos veces por semana y una separación temporal entre sesiones de tres y cuatro días. Cada sesión tenía una duración de 1 hora y el tiempo de la audición era aproximadamente de 45 min.

Todo se hizo en un local cerrado y ventilado, evitando lo mayor posible la irrupción de sonidos ajenos a la selección musical. Antes de comenzar cada audición se hacía una toma inicial de la presión arterial (PA) con el esfigmomanómetro.

Las sesiones se llevaron a cabo de manera individual y siguiendo el mismo método para cada paciente, que consistió en acostarles en una camilla y explicarles unas consignas para inducir a la escucha atenta y a sumergirse en la música. Terminada la audición se hacía una segunda toma de la PA al paciente y se exploraban sus vivencias sobre la audición y sobre la evolución de su estado de ánimo.

La música escogida tuvo un carácter apaciguador y relajante, buscando así estados de calma y relajación para disminuir los estados de ansiedad y depresión. Para la selección de las obras musicales se tuvieron en cuenta sus características: el

ritmo, la armonía, la altura, la melodía y la velocidad. En cuanto a la intensidad de la exposición musical, se comenzaba con un volumen moderadamente alto, para después disminuir hasta alcanzar un nivel bajo, necesario para guiar al paciente hacia estados menos tensos.

Se concluye que mediante la música se logró una disminución de la PA, no sólo en cada sesión, sino también como un efecto progresivo durante los dos meses del tratamiento, pudiendo decirse que al haber disminuido la vulnerabilidad al estrés a través de una disminución de las variables de la ansiedad y de la depresión ha influido de cierta manera en los mecanismos reguladores de la PA de estos pacientes. Se prueba por tanto que la música es un recurso efectivo en el tratamiento de algunas enfermedades psicosomáticas.

Un artículo de Trallero (2004) explica el tratamiento que realizó a un grupo de 6 mujeres con cáncer de entre 35 y 60 años de edad que sufrían ansiedad y estrés debido al malestar que les provocaba la evolución de la enfermedad.

Su trabajo se basó en crear medios para la expresión emocional, relajación, reducción de pensamientos negativos, estado de ánimo depresivo y fatiga emocional a través de musicoterapia activa. Se usó sobre todo la voz y la improvisación y como instrumento de evaluación se usó el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), siendo los resultados positivos en 5 de las 6 pacientes que recibieron la terapia.

Dong et al (2011) investigaron los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo depresivo y la ansiedad en pacientes post ictus y evaluaron los niveles de satisfacción de pacientes y cuidadores.

Dieciocho pacientes participaron en este estudio y fueron divididos en grupos, el que recibió musicoterapia y el control. El grupo experimental participó en el programa de musicoterapia durante cuatro semanas. Se usó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) antes y después de las sesiones de musicoterapia como método de evaluación. El grado de satisfacción de pacientes y cuidadores se evaluó mediante un cuestionario.

Las sesiones consistieron en canción de bienvenida sobre aspectos de su vida, seguido de técnicas musicales que incluían la respiración y la fonación, la

improvisación con instrumentos, canto y songwriting, etc. Finalizaban compartiendo sus sentimientos y con una canción de despedida.

Los puntajes de BAI y BDI mostraron una mayor disminución en el grupo con música que en el grupo control después de las sesiones, pero solo la disminución de los puntajes de BDI fue estadísticamente significativa. La satisfacción de la musicoterapia en pacientes y cuidadores fue positiva tanto a nivel psicológico como con su opinión respecto a la musicoterapia. Las sesiones transmitieron motivación y ayudaron al tratamiento de rehabilitación.

Este estudio buscó innovar en el estudio de los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo de los pacientes, aportándoles apoyo emocional y puede suponer una motivación para la reahabilitación del tratamiento en este tipo de condiciones.

A pesar de esto, el estudio mostró algunas limitaciones. En primer lugar, el número de pacientes incluidos fue pequeño y las zonas lesionadas, así como la severidad de los pacientes no eran coincidentes. El grupo de musicoterapia estuvo formado por voluntarios, restando objetividad al proceso. En segundo lugar, no se evaluó si el efecto del tratamiento persistió incluso después de que se detuviera la musicoterapia. En tercer lugar, no se consideró el efecto de medicamentos como antidepresivos o sedantes.

Gómez, Durán, Cabra, Pinzón y Rodríguez (2012) realizaron un estudio experimental aleatorizado de musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con Síndrome de Down de entre 5 y 14 años.

El objetivo fue valorar la eficacia de esta disciplina durante el proceso, de manera que se dividieron de forma aleatoria un grupo expuesto y otro control. Durante la consulta odontológica se evaluó la ansiedad previamente, durante y después del procedimiento utilizando una escala analógica. El comportamiento durante la consulta se evalúo con la escala de Frankl, se monitorizaron los cambios en la frecuencia cardíaca y presión arterial en ambos grupos.

El resultado al comparar el nivel de ansiedad y el comportamiento de los grupos durante la consulta odontológica evidenció un 80% de niños sin ansiedad en el grupo que recibió musicoterapia frente a un 27% en el grupo control. Se comprobó también que el nivel de ansiedad sufrido por los padres o tutores afectó significativamente el nivel de ansiedad de los niños.

Sepúlveda, Herrera, Jaramillo y Anaya (2014) explican que el tratamiento de quimioterapia frecuentemente produce muchísimo estrés en pacientes pediátricos. Por tanto el objetivo de su estudio fue determinar si la terapia complementaria con música reduce la ansiedad en pacientes pediátricos oncológicos sometidos a este proceso.

Para ello se tomaron datos de las sesiones con pacientes de 8 a 16 años de edad que recibieron quimioterapia intravenosa en el Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Recibieron tratamiento como de costumbre el primer día y musicoterapia durante el segundo día de quimioterapia. Se utilizó una escala visual analógica para categorizar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento en ambos días.

Los resultados concluyeron en que los 22 pacientes experimentaron niveles de ansiedad tanto moderados como altos antes del tratamiento y una reducción estadísticamente significativa de la ansiedad en ambos grupos después de la quimioterapia, pero con niveles más bajos en el grupo con el que intervinieron los musicoterapeutas.

Concluyeron que existe un beneficio positivo en el uso de musicoterapia en la reducción de la ansiedad en pacientes pediátricos que reciben terapia contra el cáncer.

#### *Contexto social*

Guétin et al (2009) realizaron un estudio comparativo y controlado en un único centro de pacientes de Alzheimer que sufrían estrés y ansiedad. La duración del seguimiento fue de 24 semanas. El grupo tratado participó en sesiones semanales de musicoterapia receptiva individual. Aunque el estilo musical de la sesión fue elegido por cada paciente, la estructura de las audiciones utilizó una innovadora secuencia en forma de “U”. Este método consiste en comenzar las audiciones con música de muchos instrumentos y ritmo estimulante, para ir disminuyendo estas variables hasta alcanzar la parte baja de la “U” y finalizar aumentando hasta un ritmo moderado y mayor número de voces.

Las audiciones fueron reproducidas a través de auriculares mientras los pacientes permanecían tumbados o sentados en una posición cómoda.

El grupo de control participó en las mismas condiciones en las sesiones de lectura. Como método de evaluación para los niveles de ansiedad se utilizó la escala de Hamilton.

En los resultados se observaron mejoras significativas en la ansiedad y depresión del grupo de musicoterapia a partir de la semana 4 y hasta la semana 16. El efecto de la musicoterapia se mantuvo durante hasta 8 semanas después de la interrupción de las sesiones entre las semanas 16 y 24. Confirmaron por tanto el valioso efecto de la musicoterapia en la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada.

Según Serna y Cheverría (2013) la ansiedad es una patología psiquiátrica muy frecuente en México. El personal sanitario que trabaja en cuidados especiales, como la enfermería psiquiátrica, mantiene un contacto frecuente con personas diagnosticadas que tienen manifestaciones de conducta a menudo excéntricas, lo que genera unos altos niveles de estrés.

Debido a esto, los profesionales se median a menudo con psicofármacos y acuden a psicoterapias. El objetivo de este estudio consistió en determinar el efecto de terapias complementarias como la musicoterapia en los niveles de estrés y ansiedad del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica de la ciudad de San Luis Potosí.

La metodología de análisis consistió en un estudio analítico, preexperimental cuyo grupo formaron un total de 9 enfermeras. El instrumento de evaluación fue la escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung y una escala visual analógica de ansiedad.

El método musicoterapéutico que se aplicó fue el modelo GIM, o Guided Imagery and Music, desarrollado por Helen Bonny, durante un total de 6 sesiones. Se midió la ansiedad antes, durante y después de la terapia.

Los resultados concluyeron que la diferencia en valores de ansiedad cuantificados posteriormente a la terapia con música fue estadísticamente significativa.

Fernández (2015) realizó un estudio con dos grupos de mujeres que sufrían mucho estrés y ansiedad debido a maltratos por violencia de género. Uno de los grupos se situó en La Habana, Cuba y el segundo en Tijuana, México.

El uso de la musicoterapia como tratamiento proporcionó de forma general en ambos grupos de estudio un descenso en los niveles de ansiedad. Además de esto, las sesiones sirvieron de concienciación sobre el problema, pues en algunos casos estas mujeres decidieron separarse de las parejas que las maltrataban, comenzar de nuevo a estudiar, etc.

Se hace hincapié en el aspecto socio-cultural de la investigación, ya que las particularidades propias de cada país de origen fueron vitales a la hora de seleccionar las canciones para trabajar en las sesiones musicoterapéuticas. Algunas aportaron letras y melodías que habían recibido por transmisión oral.

Jiménez (2017) observó a través de un estudio con una anciana diagnosticada de trastorno ansioso depresivo con somatizaciones como a través de las sesiones de musicoterapia disminuía su nivel de ansiedad notoriamente. El objetivo fue evaluar, analizar e identificar cambios psíquicos y físicos, así como los efectos de la musicoterapia en el estrés y la ansiedad, tanto antes como después de las sesiones. Se realizan 8 sesiones en total, una por semana y todas ellas son grabadas en vídeo para posterior estudio. Como método de evaluación cuantitativa Jiménez utilizó las escalas de Likert, Hamilton para la ansiedad y Yesavage para la depresión.

Tras finalizar el proceso se observó que apenas hubo cambios en la Escala de Depresión de Yesavage, sin embargo apareció una notable mejoría en los datos proporcionados por la Escala de Ansiedad de Hamilton, que fue acentuándose de forma progresiva.

Jiménez extrajo en sus conclusiones que la musicoterapia contribuye a mejorar los niveles de ansiedad y cubrió la también importantísima necesidad de la paciente para expresarse y manifestarse en un espacio de libertad. La terapia con música le dio una oportunidad para ser ella misma y poder exteriorizar lo que reprimía de forma inconsciente, pudiendo descargar así muchísimo dolor a través de las emociones.

### *Contexto educativo*

En el artículo “La musicoterapia como agente reductor del estrés y la ansiedad en adolescentes”, Mora y Pérez (2017) realizan un estudio con un grupo de alumnos de un instituto de la Comunidad de Madrid que se encontraban en situación de exclusión social, entornos desfavorables o que tenían diagnósticos de TDAH.

Realizaron sesiones individuales de cincuenta minutos cada una durante trece semanas, midiendo de forma cuantitativa el estrés y la ansiedad en un pretest y postest. Además de esto, se grabaron las sesiones en video y se utilizaron para análisis cualitativo conjunto.

Al analizar los tests antes de las sesiones comprobaron que los niveles de las escalas se encontraban por encima de la media, mientras que al comprobar los resultados tras las sesiones de musicoterapia la tendencia era de disminución del grado de ansiedad y estrés.

La metodología se fundamentó en el modelo Nordoff-Robbins, abriendo y cerrando las sesiones con canciones de despedida/bienvenida, creando letras propias e improvisando a través de instrumentos o vocalmente. De esta manera se atendieron las necesidades momentáneas de los alumnos y se consiguió una comunicación expresiva y emocional tanto fuera como dentro de las sesiones.

Se concluyó por tanto en que la musicoterapia es un proceso capaz de disminuir los niveles de estrés y ansiedad, así como de mejorar la autoestima y la autoimagen del alumno. Los resultados definen a los musicoterapeutas como una opción viable que cubre necesidades reales y participa activamente dentro del entorno educativo que conforman alumnos, familias y educadores.

### *Otros estudios*

Desde un enfoque de revisión bibliográfica, MacDonald (2014) considera que la improvisación en musicoterapia tiene beneficios específicos para poblaciones particulares siendo las personas con estrés y ansiedad una de las grandes beneficiadas.

Se identifican cuatro características únicas de la improvisación musical como subyacentes a estos efectos: su potencial para vincular procesos conscientes con procesos inconscientes; las demandas de atención en los procesos creativos, la interacción social y creativa no verbal experimentada y la capacidad de expresar emociones difíciles o reprimidas sin tener que articularlas verbalmente.

### ***Musicoterapia aplicada en docentes con estrés y ansiedad***

#### *Causas del estrés en docentes*

El impacto que genera el estrés laboral repercute en la salud física y mental del maestro debido a las condiciones en las que trabaja: grupos demasiado numerosos, nivel académico de los alumnos, influencia y comportamientos de las familias o contexto social. Los problemas de salud que genera este fenómeno se manifiestan comúnmente con las siguientes patologías: dolor de garganta, dolor de cabeza, trastornos del sueño, etc. Esta serie de problemas se interrelacionan con diversos factores y alimentan a otros adyacentes (Rodríguez, Guevara y Viramontes, 2017).

Por todo esto, Ford (1992) afirma que el estrés laboral hace que el individuo sienta que no es valorado en su trabajo, desarrollando así un déficit motivacional, lo que favorece la aparición de expectativas negativas con relación a sus capacidades como maestros. Este hecho genera una sensación de ser poco competente y una actitud negativa con respecto al desarrollo de su actividad frente al grupo.

Profundizando en este aspecto, Moriana y Herruzo (2004) realizan una descripción y clasificación de las variables más estudiadas con los fenómenos estrés y burnout en profesores, distinguiendo así entre variables socio-demográficas, variables de personalidad, variables propias del trabajo y organizacionales; todo esto sin contar los momentos o períodos que pueden generar más situaciones estresantes, como por ejemplo volver a trabajar después de unas vacaciones, períodos de exámenes, etc.

- Variables socio-demográficas: Aunque los autores no se ponen de acuerdo en la influencia del sexo o la edad, sí que concluyen el estado civil y las relaciones familiares como factores de alta incidencia. Dependiendo de las habilidades de gestión individuales, tener hijos o trasladar el trabajo a casa pueden ser fuentes de estrés para el profesor. En cuanto al nivel de estrés por curso impartido parece existir a una tendencia progresiva conforme se sube en ciclo educativo (exceptuando la universidad), quizás debido al menor grado de interés y motivación del alumnado. Debido a las características socioeconómicas de los alumnos y familias que viven en zonas suburbanas, trabajar en un centro de estas características aumenta las posibilidades de sufrir estrés si se compara con centros ubicados en núcleos urbanos o zonas rurales.
- Variables de personalidad: la literatura científica apunta que los docentes con mayor locus de control externo tienen mayor tendencia a sufrir burnout. La autoconciencia, autocontrol y auto eficacia son habilidades que pueden proteger frente al burnout. Por otro lado, los autores encuentran correlaciones entre la conducta tipo A (PCTA) y un aumento del burnout, los trastornos de ansiedad y otros problemas de salud mental. La autoestima y la empatía son también variables inversamente proporcionales al nivel de estrés o burnout.
- Variables propias del trabajo y organizacionales: los estudios tienen opiniones mixtas con respecto a la influencia de estos factores, pero los más estudiados como determinantes en el estrés y burnout de los profesores son la sobrecarga laboral, trabajos administrativos, clases con muchos alumnos, conflictos de rol, problemas de disciplina, problemas con los compañeros, problemas con los padres, políticas y legislación educativas, formación profesional deficitaria, salarios bajos, malos horarios, déficit de equipamientos en las aulas, etc.

A través de la lectura de los distintos tipos de variables más habituales se deduce que las variables socio-demográficas y del trabajo/organizacionales son aquellas que desde el punto de vista de impacto o abordaje del musicoterapeuta son muy poco o de ninguna manera controlables para la reducción del estrés y la ansiedad de los docentes. Por otro lado, las variables de personalidad son, debido a su naturaleza, aquellas que más pueden ser trabajadas mediante disciplinas como la musicoterapia o el mindfulness.

### *Burnout del docente*

La palabra burnout fue definida por Freudenber (1974, citado en Rodríguez, Guevara, y Viramontes, 2017) y se relaciona con el cansancio y desgaste producidos por un sobreesfuerzo ante una demanda que exige cada vez mayor energía. Este suceso se da cuando un profesional se “quema” (agota) y fracasa en su esfuerzo por cumplir sus objetivos laborales. Esto implica “una pérdida de interés en el trabajo, actitudes negativas hacia sus compañeros y clientes y baja autoestima” (Maslach y Pines, 1977, citado en Rodríguez et al, 2017).

Según Edelwich y Bridsky (1980, citado en Rodríguez et al, 2017) “es una pérdida progresiva de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, obstaculizadas por las condiciones de trabajo” (p. 48).

Desde una perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1986, citado en Rodríguez et al, 2017) lo consideran “una respuesta inadecuada ante el estrés que se manifiesta en tres aspectos: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en el trato con los demás y un sentimiento de inadecuación ante las tareas que debe realizar” (p. 48).

Se resume por tanto que:

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral; es una experiencia compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo y las personas con que se relaciona por su labor. Esta enfermedad se ha detectado como riesgo para las profesiones relacionadas al trabajo con individuos, como lo es la educación, salud y recursos humanos. Se reconoce el magisterio como una labor propensa a desarrollar este fenómeno, ya que implica realizar diversas actividades dentro y fuera del aula, que van desde relacionarse con compañeros y alumnos, hasta elaborar planificaciones curriculares, evaluaciones y participar en actividades de organización. Si se combinan los factores mencionados anteriormente y se le suman las malas condiciones laborales, sobrecarga de alumnos en el aula y problemas de aprendizaje, todos estos componentes generan un excedente laboral, una de las principales causas del síndrome de burnout que se manifiesta con problemas físicos, psicológicos y sociales para el docente. (Rodríguez et al, 2017, p.49)

### *Tratamiento musicoterapéutico del estrés docente*

Cheek, Bradley, Parr y Lan (2003) realizaron un estudio para determinar la efectividad de las técnicas de musicoterapia en docentes con burnout. Participaron 51 maestros de escuelas primarias que realizaron pruebas de evaluación antes y después de cada sesión. Se dividieron en dos grupos de tratamiento, uno recibió terapia cognitivo conductual con musicoterapia y el otro terapia cognitiva conductual sin musicoterapia. Los resultados del estudio indicaron que los maestros que participaron en el grupo de asesoramiento escolar que utilizó técnicas de musicoterapia junto con intervenciones de comportamiento cognitivo dieron como resultado niveles más bajos de síntomas de agotamiento que los profesores en sesiones que solo utilizaron intervenciones cognitivo-conductuales.

Trallero (2006) realizó una investigación sobre el uso de la musicoterapia en docentes con ansiedad y estrés, utilizando una metodología de invención propia llamada Musicoterapia Autorrealizadora. Durante la misma, se realizaron un total de 15 sesiones en la Facultad de Formación de Profesorado de la Universidad de Barcelona, de una duración de dos horas, un día a la semana.

El objetivo principal de este estudio fue observar los cambios producidos en los maestros que recibían musicoterapia y comprobar si los efectos conseguidos eran duraderos, determinando así el grado de incidencia de la música. Los objetivos terapéuticos fueron los siguientes: disminuir las tensiones físicas, emocionales y mentales de los docentes participantes; reducir las respuestas causantes de estrés provocadas por los Impulsores; aprender a estar relajado y centrado en el ahora mientras se disfruta de las capacidades y virtudes propias de cada uno; conseguir una mejor expresión y comunicación tanto de mensajes como de emociones; gestión del estrés y de sentimientos que causan angustia, miedo o inseguridad; facilitar el trabajo en grupo como un elemento de apoyo; fomentar la atención y la confianza en uno mismo; y por último reducir los síntomas físicos y cognitivos.

Se dividieron dos grupos de docentes, el grupo experimental y el grupo control. Las características referidas a edad, años de docencia, especialidad, así como el grado de satisfacción laboral fueron levemente diferentes entre ambos. Sin embargo, si que se observó un predominio de la conducta tipo A y de los Impulsores referidos a la pulcritud profesional.

Fueron tres aspectos los que se consideraron a la hora de evaluar el estrés. El primero de ellos es estimar el burnout como lo mencionado en el apartado anterior. Tras esto, se valoraron dos tipos de conducta por parte de los maestros.

La conducta tipo A, referida a personas con “perfeccionismo, hostilidad, agresividad, autoexigencia, competitividad y sentido de la urgencia” (Trallero, 2006), que son más propensas a sufrir estrés y enfermedades cardiovasculares.

La conducta tipo C, que implica a “sujetos introvertidos, obsesivos, pasivos, resignados, apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas” (Trallero, 2006). Este perfil implica ser más vulnerable a enfermedades como el cáncer u otras de tipo infecciosas.

Por último, se consideran los Impulsores, definidos por Kahler y Capers (1990, citado en Trallero, 2006) como aquellas oraciones impositivas que impulsan o inician las conductas erráticas y que hacen que una persona llegue a sentirse mal. Los impulsores son “Sé perfecto”, “Sé fuerte”, “Date prisa”, “Complace”, “Esfuérzate” y “Ten cuidado”. Estos mensajes son estándares sociales con la intención de determinar el comportamiento que se cree correcto en pos de la aceptación y el éxito. Debido a este condicionamiento se genera un alto grado de estrés.

La investigación se evaluó de forma mixta, tomando datos cuantitativos a través de tests, fichas y cuestionarios y de forma cualitativa a través de la observación del musicoterapeuta y de un supervisor. La información se recogió antes, durante y después de las sesiones.

Tres fueron los instrumentos de evaluación cuantitativa:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1997, citado en Trallero, 2006): Está formado por 22 preguntas con medidor de escala tipo Likert y se centra en evaluar tres dimensiones del profesional que padece este síndrome:
  - Agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
  - Despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

- Realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
- STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo): Cuestionario de 20 preguntas que determinan el grado de ansiedad como estado y otras 20 el grado de ansiedad como rasgo. Utiliza una escala tipo Likert con puntuaciones del 0 al 3.
- TIM-60: Se trata de un test de Impulsores con 60 preguntas que miden los 6 impulsores anteriormente citados y el tipo de conducta A o C, que se deriva de un predominio entre unos u otros. Usa una escala tipo Likert del 0 al 5.
- Cuestionario sobre el estrés de los docentes y fichas sobre la evaluación de las sesiones de musicoterapia, así como cuestionarios sobre los cambios entre las semanas.

Para la recogida de datos de la parte cualitativa se utilizaron tanto fichas individuales con datos sobre los docentes como fichas de observación y de valoración de los talleres

Los resultados del estudio mostraron que el nivel de estrés de los sujetos era alto, pero se descartó la posibilidad de sufrir burnout. En cuanto a la evolución de la Ansiedad Estado (un síntoma frecuente del estrés) y la Ansiedad de Rasgo (ligada a la personalidad y conducta) se concluye que disminuyeron en el grupo experimental tras el tratamiento, aumentando por el contrario en el grupo de control. En cuanto al Cansancio Emocional, también experimentó una disminución significativa. Esta mejora queda reflejada tanto a nivel objetivo (a través de los cuestionarios), como a nivel subjetivo, ya que los sujetos también confirmaron este progreso, comprobando así la eficacia de la Musicoterapia Autorrealizadora, ya que la valoración de los participantes en cuanto a las estrategias y recursos utilizados fue positiva.

Se concluye por tanto en la existencia de una relación directa entre la disminución del estrés y la ansiedad de los docentes bajo la constancia de un tratamiento de musicoterapia adecuado.

### *Mindfulness*

Durante la búsqueda de material bibliográfico sobre estrés y ansiedad, se llegó a la conclusión de que la técnica del mindfulness parece ser un recurrente en el tratamiento del estrés de los profesionales de la educación. Esto es debido a que el mindfulness está enfocado a trabajar con algunas de las variables de personalidad explicadas por Moriana y Herruzo (2004) y que tienen directa influencia con el estrés y el burnout.

Según la Universidad Internacional de La Rioja (2017) el mindfulness es una disciplina que se basa en aprender a mantener de forma deliberada la atención desde el no juicio, al tiempo que ayuda a realizar un asentamiento en el momento presente con calma y presencia, con apertura y plenitud. Esta conciencia plena es un estado mental que ubica al individuo en el ahora desde un punto de vista abierto y controlando, entendiendo los pensamientos y las emociones desde un punto de vista crítico.

Mañas, Franco y Justo (2009) comprobaron que el mindfulness puede ayudar a disminuir el grado de estrés, ansiedad y depresión en docentes, concretamente a través de una investigación con un grupo de docentes de educación especial. Unos años más tarde, los mismos autores, Franco, Mañas y Justo (2011) llevaron a cabo otro estudio de características similares; esta vez con el objetivo de reducir los niveles de estrés y el periodo de baja laboral por enfermedad de un grupo de profesores de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Se consideraron la mitad de los profesores en cada uno de los dos grupos, el experimental y el grupo control. El instrumento de evaluación utilizado fue la Escala de Estrés Docente (ED-6) (Gutiérrez, Morán y Sanz, 2005), una escala de tipo Likert compuesta de ítems adaptados al contexto educativo. La duración total de la terapia fue de un total de 10 semanas y los resultados fueron óptimos. Al comparar pretest y postest se logró una remarcable disminución de los niveles de estrés y de días de baja laboral en el grupo experimental que acudió a realizar la técnica de meditación mindfulness, técnicas de autoconocimiento, autoaceptación, expresión; entre otros. Se extrae por tanto que el mindfulness utilizado en esta investigación es algo que los docentes aprendieron, que podrán perfeccionar y volver a utilizar siempre que quieran, dependiendo del grado de implicación.

### **3. Marco Metodológico**

Los criterios de selección de los documentos fueron determinados por los objetivos de esta revisión, por lo que se tuvieron en cuenta todas las publicaciones encontradas en afinidad con el estrés, la ansiedad y la musicoterapia, su propiedad metodológica y científica, así como validez de sus resultados. No se han realizado restricciones respecto al tipo de estudio o al índice de impacto de los artículos revisados. No obstante, todos y cada uno han sido examinados de manera que respetaran calidad y rigor.

La búsqueda se podría clasificar en dos tipos: una sobre artículos para consultar y apoyar conceptos más generales y otra acotada a la temática principal del trabajo. Para este segundo tipo de búsqueda más específica, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos, libros y capítulos de libros, siendo las bases de datos más consultadas: PubMed, PsycInfo, ERIC, Redalyc, SciELO y Dialnet, así como el buscador de Google, Google Académico y la revista Journal of Music Therapy de la AMTA (American Music Therapy Association). Los conectores utilizados fueron AND y OR. Los idiomas de los artículos son el inglés y el español.

Los marcadores o descriptores empleados para la búsqueda bibliográfica en todas las bases de datos utilizadas fueron, en castellano: “musicoterapia”, “estrés”, “ansiedad”, “docentes”, “burnout”, “maestros”, “profesorado”. En inglés se utilizaron: “music therapy”, “stress”, “anxiety”, “burnout”, “teacher”, “elementary/secondary education”.

Tras esta búsqueda, se han seleccionado un total de 29 artículos para ser incluidos en revisión bibliográfica. De entre todos ellos, 5 son investigaciones sobre el efecto de la musicoterapia, estrés y ansiedad en el contexto clínico, 4 sobre musicoterapia, estrés y ansiedad en el contexto social y 1 sobre musicoterapia, estrés y ansiedad en el contexto educativo. Tan solo se han encontrado 2 artículos sobre musicoterapia y estrés docente. El resto son artículos estadísticos, metodológicos, así como revisiones o investigaciones que amplían términos como el estrés, la ansiedad, burnout o mindfulness.

La siguiente tabla muestra la clasificación de los artículos encontrados a través de buscadores y bases de datos y seleccionados para este trabajo (Tabla 1):

Tabla 1. Clasificación de los artículos revisados

<b>Estudio</b>	<b>Base de datos/ Buscador</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Idioma</b>
Ansorena et al. (1983)	Dialnet	Revisión	Español
Brewer y maman (2003)	ERIC	Investigación	Inglés
Cheek et al. (2003)	ERIC	Investigación	Inglés
Chil y Pérez (2003)	Google Scholar	Investigación	Español
Dong et al. (2011)	PMC	Investigación	Inglés
Del Moral (2015)	Dialnet	Revisión	Español
Fernández (2015)	Google Scholar	Investigación	Español
Franco et al. (2009)	Dialnet	Investigación	Español
García-Herrera y Nogueras (2013)	Google	Revisión	Español
Gómez et al. (2012)	Redalyc	Investigación	Español

Guétin et al. (2009)	PubMed	Investigación	Inglés
Jiménez (2017)	Google Scholar	Investigación	Español
Krantz et al. (2013)	Google	Revisión	Inglés
MacDonald y Wilson (2014)	Google Scholar	Revisión	Inglés
Mañas et al. (2011)	SciELO	Investigación	Español
Mora y Pérez (2017)	Google Scholar	Investigación	Español
Morianá y Herruzo (2004)	Redalyc	Revisión	Español
Oller y Trallero (2008)	Google	Revisión	Español
Pérez y Fernández (2015)	Dialnet	Revisión	Español
Remes et al. (2016)	PubMed	Revisión e investigación	Inglés
Rodríguez et al. (2017)	Dialnet	Revisión e investigación	Español
Sepúlveda (2014)	Google Scholar	Investigación	Español
Serna y Cheverría (2013)	Google	Investigación	Español

Sierra et al. (2003)	Redalyc	Revisión	Español
Trallero (2004)	Google	Investigación	Español
Trallero (2006)	Google	Investigación	Español
Trallero (2008)	Google	Revisión	Español
Vicente et al. (2013)	Redalyc	Investigación	Español
Zarate (2016)	Google Scholar	Revisión	Ingles

#### **4. Discusión**

Tal y como se ha indicado en el marco metodológico se han encontrado únicamente dos artículos centrados en musicoterapia y estrés docente. Es por este motivo que se abre este apartado no solo al estrés docente, sino a los mismos contextos expuestos en el marco teórico, incluyendo así los 12 estudios que han utilizado musicoterapia en su investigación para tratar el estrés y/o ansiedad.

A continuación se abordarán diferentes variables en cada uno de estos estudios esperando encontrar correlaciones que ayuden a extraer algunas conclusiones si bien, no generalizables, dado el número limitado de publicaciones analizadas en este trabajo.

##### *Perfil de los participantes*

La siguiente tabla agrupa los artículos por contexto donde se llevó a cabo la investigación, diagnóstico de los pacientes, así como el rango de edad de los participantes (Tabla 2):

Tabla 2. Perfil de los participantes

<b>Estudio</b>	<b>Contexto</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Rango de edad</b>
Cheek et al. (2003)	Educativo/Docentes	Burnout	n/e (*)
Chil y Pérez (2003)	Sanitario	Estrés e hipertensión arterial	De 30 a 70 años
Dong et al. (2011)	Sanitario	Estrés Post-Ictus	De 32 a 69 años
Fernández (2015)	Social	Estrés por violencia doméstica	± 40 años
Gómez et al. (2012)	Sanitario	Ansiedad odontológica en síndrome de Down	De 5 a 14 años
Guétin et al. (2009)	Social	Ansiedad por Alzheimer	De 70 a 95 años
Jiménez (2017)	Social	Ansiedad y depresión	67 años
Mora y Pérez (2017)	Educativo	Estrés y ansiedad	Adolescencia
Sepúlveda (2014)	Sanitario	Cáncer	De 8 a 16 años
Serna y Cheverría (2013)	Social	Estrés y ansiedad	± 38 años
Trallero (2004)	Sanitario	Ansiedad y estrés	De 35 a 60 años
Trallero (2006)	Educativo/Docentes	Estrés	De 43 a 54 años

(\*) n/e: no especificado

De estas 12 investigaciones 5 se ubican en el contexto clínico, 4 en el contexto social y 3 en el contexto educativo; concretamente 2 son artículos sobre musicoterapia y estrés docente. Se aprecia así como la musicoterapia puede trabajar el estrés y la ansiedad en cualquier ámbito de aplicación.

Como ya se explica en el marco teórico, todos los pacientes de los estudios que se muestran en la Tabla 2 sufrían estrés, aunque en contextos como el sanitario o social solía derivar de una enfermedad o condición previa. Se puede destacar del estudio de Serna y Cheverría (2013) que las personas que se beneficiaron de un tratamiento con musicoterapia, fueron miembros del personal sanitario. Aunque en diferente contexto, se percibe así un perfil similar al de un grupo de docentes que se expone a altos niveles de estrés debido a las responsabilidades de hacerse cargo de un grupo humano.

Respecto al rango de edad se observa que la musicoterapia trabaja la ansiedad y el estrés en un gran rango de edades. En las presentes investigaciones se encuentran 3 estudios con pacientes en edades infantil y adolescente, 6 estudios en etapa adulta, 2 estudios con ancianos y un único estudio que no lo especifica, aunque se deduce que sean adultos debido a que los pacientes eran docentes activos. Este hecho se corresponde con los aportes estadísticos de la revisión de Remes, Brayne, Van der Linde y Lafourture (2016), que aseguran que los adultos son el colectivo más afectado por estrés y ansiedad.

#### *Aspectos metodológicos*

A continuación se recopilan los instrumentos de evaluación, la temporalización, el enfoque musicoterapéutico utilizado y las técnicas y recursos empleados durante las sesiones de musicoterapia de los estudios revisados (Tabla 3):

Tabla 3. Aspectos metodológicos

Estudio	Instrumento de evaluación	Temporalización	Enfoque musicoterapéutico	Técnicas y recursos
Cheek et al. (2003)	Escalas tipo Likert n/e	n/e	n/e	n/e
Chil y Pérez (2003)	Cuestionarios autovalorativos (IDERE).  Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger.  Medición de la presión arterial.	15 sesiones individuales durante 8 semanas.  2 sesiones por semana.  1 hora de duración.	Musicoterapia pasiva.	Programación y adaptación de audiciones de música grabada.  Charla y reflexión posterior.
Dong et al. (2011)	Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck (BDI y BAI).	8 sesiones durante 4 semanas.  2 sesiones por semana.  40 minutos de duración.	Musicoterapia activa.	Canción de bienvenida.  Técnicas musicales de fonación y respiración. Improvisación. Canto. Songwriting.  Canción de despedida.
Fernández (2015)	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger.	13 sesiones grupales. 2 horas de duración.	Musicoterapia activa y pasiva.	Audición musical.  Canto e improvisación.  ISO sonoro. Folklore.

Gómez et al. (2012)	Escala analógica de ansiedad odontológica de Corah.  Escala de Frankl.  Frecuencia cardíaca y presión arterial.	Sesiones individuales.	Musicoterapia pasiva.	Audición musical.
Guétin et al. (2009)	Escala de Hamilton.	Una sesión por semana durante 24 semanas de terapia.	Musicoterapia pasiva.	Audición musical. Secuencia en "U".  Preferencias de los pacientes.
Jiménez (2017)	Escala de Hamilton.  Escala de Yesavage.	Una sesión por semana durante 8 semanas.	Musicoterapia activa.	Canto, ejecución de instrumentos, escucha de música grabada, improvisación.
Mora y Pérez (2017)	Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A).  Escala de Ansiedad y Depresión Goldberg (GADS).  Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).	Dos sesiones individuales de 50 minutos por semana, durante 13 semanas.	Musicoterapia activa.	Canción de bienvenida.  Improvisación musical a través del modelo Nordoff- Robbins.  Canción de despedida.

Sepúlveda (2014)	Escala visual analógica (EVA).	Sesiones individuales de 20 minutos de sesión.	Musicoterapia pasiva.	Audición musical. Preferencias de los pacientes.
Serna y Cheverría (2013)	Escala de la ansiedad de Zung.  Escala visual analógica.	6 sesiones individuales.	Musicoterapia pasiva.	Audición y terapia mediante el modelo GIM de Helen Bonny.
Trallero (2004)	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger.	13 sesiones grupales, una sesión por semana.	Musicoterapia activa.	Entonación, canto e improvisación con instrumentos.
Trallero (2006)	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger.  Maslach Burnout Inventory (MBI).  Cuestionario TIM-60 de impulsores.	15 sesiones grupales, una sesión por semana.  2 horas de duración.	Musicoterapia activa.	Entonación, canto e improvisación con instrumentos.  Meditación y expresión de emociones.

Ya que la variable que se quiere medir principalmente es el grado de estrés y/o ansiedad de los pacientes, en la gran mayoría de casos son utilizadas escalas de tipo Likert o cuestionarios donde el paciente marca varios ítems en grado de intensidad (0 es nada y 5 es mucho, por ejemplo), aunque hay pequeñas variantes. La escala visual analógica utilizada por Sepúlveda (2014) supone todo un acierto para el tipo de población con la que trabaja. Al tratarse de pacientes pediátricos, una escala

visual con indicadores de colores según el nivel de dolor, preocupación, miedo, etc.; la hacen un instrumento de evaluación muy adecuado.

La temporalización y el número de sesiones son muy diversos, ya que se adaptan a las necesidades del paciente y a las características del lugar donde se realiza la sesión. Después de observar la tabla se comprueba que el uso de musicoterapia activa o musicoterapia pasiva está igualmente repartido.

En aquellos estudios que usan musicoterapia activa los recursos más utilizados son el canto y la improvisación con instrumentos, mientras que en los que usan musicoterapia pasiva o receptiva se enfatiza la elección de las audiciones. En este sentido, Chil y Pérez (2003) optaron por elaborar una lista de canciones siguiendo un criterio de selección como el explicado en el marco teórico. La siguiente tabla ejemplifica el análisis de los parámetros del sonido a la hora de seleccionar la música que van a escuchar los pacientes, de manera que nada quede al azar (Tabla 4). De esta manera se pueden registrar las canciones para ser empleadas de un modo más efectivo:

Tabla 4. Clasificación y registro de la música grabada

<b>Canción y naturaleza</b>	<b>Ritmo</b>	<b>Melodía</b>	<b>Armonía</b>	<b>Timbre</b>	<b>Altura</b>	<b>Velocidad</b>
Arabesque nº1 – Debussy (Relajante)	Poco perceptible, espaciado	Muy melódica	Consonante	Cuerdas (Piano)	Tonos medios y altos	Intermedia

A pesar de que todos los estudios presentan un apartado muy minucioso de recogida de datos cualitativos, en ninguno de ellos se explica de manera clara el desarrollo de las técnicas musicoterapéuticas utilizadas.

## *Resultados de las investigaciones*

Tabla 5. Resultados de las investigaciones

<b>Estudio</b>	<b>Resultados</b>
Cheek et al. (2003)	Positivos en el grupo que recibió musicoterapia
Chil y Pérez (2003)	Disminución de la PA, no sólo en cada sesión, sino también como un efecto progresivo durante los dos meses del tratamiento.  Disminución de la vulnerabilidad al estrés.
Dong et al. (2011)	Los puntajes de BAI y BDI mostraron una mayor disminución en el grupo con música que en el grupo control después de las sesiones.  Mejoró el estado de ánimo de los pacientes, aportándoles apoyo emocional y motivándoles para la rehabilitación durante el tratamiento.
Fernández (2015)	Se produjo un descenso en los niveles de ansiedad. Los pacientes se concienciaron sobre su problema.  Ayudó en la toma de decisiones y a replantear nuevos objetivos de cara al futuro. La terapia fue un medio por el cual expresar emociones y sentimientos.

---

Gómez et al.  
(2012) 80% de niños sin ansiedad en el grupo que recibió musicoterapia frente a un 27% en el grupo control.

Se comprobó también que el nivel de ansiedad sufrido por los padres o tutores afectó significativamente el nivel de ansiedad de los niños.

---

Guétin et al.  
(2009) Mejoras significativas en la ansiedad y depresión del grupo de musicoterapia a partir de la semana 4 y hasta la semana 16.

El efecto fue mantenido durante 8 semanas después de las sesiones a nivel sensorial, cognitivo, afecto y de comportamiento.  
Ayuda a recordar imágenes y memorias de su pasado.

---

Jiménez (2017) La musicoterapia contribuyó mejorar los niveles de ansiedad y cubrió la necesidad de la paciente para expresarse y manifestarse en un espacio de libertad, exteriorizando lo que reprimía de forma inconsciente, descargando emociones negativas.

---

Mora y Pérez  
(2017) Mejora de los niveles de estrés y ansiedad. Aumento de la confianza, autoestima y la autoimagen de los pacientes, así como una mejor percepción emocional.

---

Sepúlveda (2014) Reducción significativa de la ansiedad en ambos grupos después de la quimioterapia, pero con niveles más bajos en el grupo con el que intervinieron los musicoterapeutas. Asociación más positive, relajación e inducción al sueño durante la quimioterapia.

---

---

Concluyeron que existe un beneficio positivo en el uso de musicoterapia en la reducción de la ansiedad en pacientes pediátricos que reciben terapia contra el cáncer.

---

Serna y Cheverría (2013) La diferencia en valores de ansiedad cuantificados posteriormente a la terapia con música fue estadísticamente significativa.

---

Trallero (2004) El grado de ansiedad se vio disminuido. Se redujeron los pensamientos negativos, las preocupaciones excesivas y la fatiga emocional.

Las sesiones aportaron un aumento de autoestima y autorrealización.

---

Trallero (2006) Disminución de las variables estrés y ansiedad en el grupo experimental tras el tratamiento. Se redujo de igual manera el cansancio emocional.

---

Como se puede apreciar, en todos los casos los resultados coinciden en ser positivos con respecto al descenso de los niveles de estrés y ansiedad de los pacientes. Además de esto, se consiguieron incentivar aspectos como la confianza, la autoestima o la estabilidad emocional. Gracias a esta terapia se pudieron expresar todo tipo de emociones y sentimientos que mejoraron el estado de ánimo de los pacientes.

Poniendo los resultados de los métodos utilizados en tela de juicio, Trallero (2008) afirma que la música receptiva o pasiva tiene un efecto muy efímero debido a su naturaleza externa. Por otro lado Guétin (2009) expone en su estudio que los efectos de la musicoterapia pasiva se mantuvieron altos durante 8 semanas en los pacientes de Alzheimer.

La autora afirma que el impacto que produce la música pasiva no es demasiado duradero, debido a que son las personas las que producen y crean música, generando cambios personales importantes y perdurables. Sin embargo, la eficacia de la musicoterapia pasiva queda a su vez reflejada en los resultados de los seis estudios que la utilizan; no así definida la cuestión de saber con total certeza qué metodología es más efectiva de las dos, necesitando por lo tanto más investigaciones que lo puedan corroborar.

#### *Literatura sobre musicoterapia, estrés y ansiedad*

De manera amplia, Del Moral (2015) explica en su tesis que, aunque en los últimos diez años ha habido un importante impulso de publicaciones en musicoterapia en España, aún es necesario mejorar el rigor y la calidad de las mismas. Si a esto se le suma el escaso número de doctores que son musicoterapeutas, adquiere importancia formar a los futuros profesionales de esta disciplina; no solo en la práctica, sino también en metodología investigativa, ya que la mayoría afirman no disponer de suficiente tiempo para esta tarea en su horario laboral.

Más en la línea del presente trabajo, Zarate (2016) explica que los musicoterapeutas trabajan con una amplia variedad de clientes que experimentan estrés y ansiedad, sin embargo, parece ser que la experiencia relacional y subjetiva de estas afecciones hace que no haya recibido el suficiente impacto en la literatura científica de ámbito musicoterapéutico. Los estudios sobre ansiedad reflejan un interés por cambiar el comportamiento de los síntomas, pero no abordan otras formas de trabajar con los aspectos relacionales y sociales del entorno en relación con el estrés, ya sea de fuentes genéticas o ambientales, que es lo que deriva en ansiedad.

## **5. Conclusiones**

Los apartados de marco teórico y discusión dedicados a revisar los artículos que versan sobre la musicoterapia, el estrés y la ansiedad dejan claro que es efectiva en cualquier ámbito, contexto y población que lo sufre. Los estudios recogidos presentaron siempre una parte cuantitativa cuyos instrumentos de evaluación se basaron mayormente en cuestionarios o modelos de escala tipo Likert y, aunque no son tan fáciles de medir, las variables cualitativas han demostrado ser de gran relevancia para el resultado de la terapia.

Es por esto que en la mayoría de casos el objetivo de disminuir los niveles de estrés y ansiedad está ligado a cambiar aspectos de la vida del paciente, tales como hábitos, percepción de la realidad, forma de afrontar una situación, etc. Por lo tanto, se concluye que es de vital importancia, no solo considerar los resultados de las sesiones a corto plazo, sino también aportar herramientas y recursos que ayuden al docente a controlar los niveles de estrés por sí mismo.

Metodológicamente hablando, tanto musicoterapia pasiva como musicoterapia activa son susceptibles de ser utilizadas con éxito en maestros, aunque la elección de un modelo u otro depende del tipo de contexto y necesidades concretas; así como de la formación del musicoterapeuta. Si a esto se le añaden técnicas de especialidades afines y trabajo en colaboración con un equipo multidisciplinar, acabará resultando en un aporte de riqueza al proceso y una mayor consecución de las metas propuestas.

Decir que aunque las investigaciones busquen ser lo más objetivas posibles a través de la discusión de los datos recopilados, hay una alta carencia en la explicación de las técnicas musicoterapéuticas utilizadas. Se corrobora de esta manera una necesidad imperiosa por parte de la comunidad científica para hacer un esfuerzo en describir con más detalle el funcionamiento y desarrollo de las mismas, contribuyendo a que la labor de otros profesionales sea mucho más sencilla, rigurosa y constructiva.

Finalizar comentando que este trabajo ha pretendido aportar más información sobre este tema, si bien el escaso número de artículos analizados no permite generalizar los resultados obtenidos. A pesar de dejar evidente que se trata de un problema de gran envergadura social, se han encontrado muy pocos estudios que aborden la musicoterapia, la ansiedad y el estrés desde el punto de vista educativo y en concreto del profesorado de una manera específica. Se concluye con la necesidad de realizar esfuerzos en futuras líneas de investigación sobre como la musicoterapia puede ser una herramienta que ayude a los docentes a reducir sus niveles de estrés y ansiedad.

## 6. Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), Quinta edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ansorena Cao, A., Reinoso, J. C., & Cagigal, I. R. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 30-45. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.1983.10821366>

Barcellos, L. R. (2000). El modelo GIM: Imágenes Guiadas con la música. En Betés de Toro, M. (Ed.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 350-363). Madrid: Morata.

Bonny, H. L. y Savary, L. M. (1973). *Music and your mind: Listening with a New Consciousness*. Nueva York: Harper & Row.

Brewer E. W. y McMahan J. (2003). Job Stress and Burnout among Industrial and Technical Teacher Educators. *The Journal of Vocational Education Research*, 28(2), 125-141. Recuperado de: <https://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JVER/v28n2/pdf/v28n2.pdf>

Bruscia, K. E. (1997). *Musicoterapia: métodos y prácticas*. Ciudad de México: Editorial Pax.

Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en Musicoterapia*. Bilbao: Agruparte.

Cheek, J., Bradley, L., Parr, G. y Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling: July 2003*, 25(3), 204-217. Recuperado de: <http://amhcjournal.org/doi/10.17744/mehc.25.3.ghneva55qw5xa3wm?code=a mhc-site>

Chil, E. P., Pérez, D. F. Z. (2003). La Musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 10-23. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/02.pdf>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Davis, W. B., Gfeller, K. E. y Thaut, M.H. (2000). *Introducción a la musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.

Dong, K., Yoon, P., Jung, C., Sang-Hee, I., Kang, J., Young, C., Chul J., & Yeo, Y. (2011). Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patients. *Yonsei Medical Journal*, 52(6), 977-981. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3220261/pdf/ymj-52-977.pdf>

Del Moral, M.T (2015). Análisis de la situación actual en España y propuestas de mejora. (Tesis doctoral). UPS. Recuperada de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58867>

Del Olmo, M. J. (2009). Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos (tesis de doctorado) Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3718/25734\\_olmo\\_barros\\_mjes\\_us\\_del.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3718/25734_olmo_barros_mjes_us_del.pdf)

Esteve, J. M. (1994). *El malestar docente*. Barcelona: Paidós.

Feliú, M. T. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

Fernández, T. (2015). Estudio de la ansiedad antes y después de la aplicación de musicoterapia en mujeres violentadas de cuba y de México. Comparación y perspectivas culturales. *Integración Académica en Psicología*, 3(8).

Recuperado de: <http://integracion-academica.org/attachments/article/98/07%20Musicoterapia%20-%20TFern%C3%A1ndez.pdf>

Franco, C., Mañas, I., y Justo, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista de Educación Inclusiva*, 2(3). Recuperado de:

<http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/download/40/37>

García-Herrera, J., Nogueras, V. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

Gómez, R. Á., Durán, L., Cabra, L. J., Pinzón, C. T., y Rodríguez, N. R. (2012). Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de Down. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 13-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826002.pdf>

Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A.L., Cano, M.M., Lecourt, E. & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 36-46. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19628939>

Gutiérrez, P., Morán, S. y Sanz, I. (2005). Estrés docente: elaboración de la escala ED-6 para su evaluación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 11, 47-61. Recuperado de: [https://www.uv.es/RELIEVE/v11n1/RELIEVEv11n1\\_3.pdf](https://www.uv.es/RELIEVE/v11n1/RELIEVEv11n1_3.pdf)

*How to make stress your friend.* McGonigal, K. (TEDTalks). (2013).  
[<https://www.youtube.com/watch?v=RcGyVTAoXEU&t=1s>] Youtube.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Nivel medio de estrés laboral según sexo y situación profesional.* Madrid: Instituto Nacional de Estadística.  
Recuperado de: <http://www.ine.es/>

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. Recuperado de  
<https://revistas.uam.es/index.php/rim/article/view/7725/8295>

Krantz, D. S., Kiecolt-Glaser, J. y Thorn, B. E. (2013). How stress affects your health. *American Psychological Association*. Recuperado de  
<http://www.apa.org/helpcenter/stress.aspx>

Lane, D. (1992). Music therapy: A gift beyond measure. *Oncology Nursing Forum*, 19(6), 863-867.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. (LOGSE). (BOE núm. 238, 4 de octubre de 1990).

MacDonald, R. y Wilson, G. (2014). Musical improvisation and health: a review. *Psychology of Well-Being*, 4, 1-20. Recuperado de:  
<https://psywb.springeropen.com/track/pdf/10.1186/s13612-014-0020-9>

Mañas, I., Franco, C., y Justo, E. (2011). Reducción de los Niveles de Estrés Docente y los Días de Baja Laboral por Enfermedad en Profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un Programa de Entrenamiento en Mindfulness. *Clínica y salud*, 22(2), 121-137. Recuperado de:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a03.pdf>

Mateos Hernández, L. A. (2011). *Los lenguajes artísticos creativos como medios terapéuticos. En arte del encuentro en el encuentro con el arte*, en Mateos Hernández, L.A. (Coord.). Terapias Artístico-Creativas (pp. 105-144). Salamanca: Amarú.

Mora, R., y Pérez, M. (2017). La Musicoterapia como agente reductor del estrés y la ansiedad en adolescentes. *Artseduca*, (18), 212-233. Recuperado de: <http://www.e-revistes.ubi.es/index.php/artseduca/article/viewFile/2659/2189>

Moriana, J. A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597-621. Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-126.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-126.pdf)

Moscoso, M. S. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2(2), 47-68. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/brevistas/psicologia/1998\\_n3/\\_estres\\_salud.Htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/brevistas/psicologia/1998_n3/_estres_salud.Htm)

Oller, J. y Trallero, C. (2008). *Cuidados musicales para cuidadores*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Pérez, M. y Fernández, J. F. (2015). Música y arteterapia. Puntos de encuentro en el camino terapéutico. Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 10, 165-174. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/51690/47933>

Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia. Volumen I* (pp. 70-83). Barcelona: Herder.

Remes, O., Brayne, C., Van der Linde, R., y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), 1-33. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.497/epdf>

Rodríguez, J., Guevara, A. y Viramontes, E. (2017). Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 8(14), 45-67. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6165566>

Sepúlveda, A. C., Herrera, O. R., Jaramillo, L. y Anaya, A. (2014). La Musicoterapia para disminuir la ansiedad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(2), 50-54. Recuperado de  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims142i.pdf>

Serna, G. y Cheverría, S. (2013). Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica. *Enfermería Neurología*, 12(1), 28-26. Recuperado de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131d.pdf>

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

Trallero, C. (2004). Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés. *V Congreso Virtual de Psiquiatría “Interpsiquis 2004”*, 21(4) Recuperado de: <http://www.musicoterapia-autorrealizadora.net/index11.html>

Trallero, C. (2006). Tratamiento del estrés docente y prevención del burnout con Musicoterapia Autorealizadora. *VII Congreso Virtual de Psiquiatría “Interpsiquis 2006”*, 22(4).

Trallero, C. (2008). Musicoterapia para el estrés: cómo recobrar la calma interior. *Inteligencia Emocional*. Recuperado de:  
<http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11518/2/MUSICOTERAPIA%20 PARA%20EL%20ESTRES.pdf>

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 2: *Competencias básicas del musicoterapeuta*. Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 2: *Fundamentos teóricos en musicoterapia*. Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 3: *¿Qué es la musicoterapia?* Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 5: *Modelos de musicoterapia*. Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 8: *Musicoterapia en diferentes contextos educativos II*. Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 9: *Modelo GIM (Imágenes Guiadas con Música)*. Material no publicado.

Universidad Internacional de La Rioja (2017). Tema 10: *Musicoterapia creativa. El método Nordoff-Robbins*. Material no publicado.

Vicente M. P., Macías Saint-Gerons, D., González, D., Montero, D., Catalá-López, F. y de la Fuente, C. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 247-255. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/html/170/17027693004/>

World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?* Recuperado de: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Zarate, R. (2016). The Social Architecture of Anxiety and Potential Role of Music Therapy. *Voices, a World Forum for Music Therapy*, 16(1). ISSN 1504-1611. Recuperado de:  
<https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/847/712>