

Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia

Music therapy Intervention to Promote Prosociality and to Reduce the Risk of Aggression in Children of Primary Basic and Preschool in Bogota, Colombia

Mónica del Pilar Guevara Parra
Universidad Nacional de Colombia

ABSTRACT

Our purpose in this intervention was to promote prosociality and to reduce the aggressiveness risk between primary and preschool students by implementing music therapy sessions. A quasi experimental study was adopted, considering pre-test and pos-test, as part of a model program of early prevention of aggressiveness at a secondary level focused on a specific group of children. Eighteen subjects between 5 and 9 years old were divided into three groups. The first group received the whole music therapy intervention (30 sessions), the second group received an incomplete music therapy treatment (15 sessions) and the third group or control group didn't get any intervention. Results showed that music therapy had significant effects on direct aggressiveness in the experimental groups one and two, whereas it didn't have any important result on indirect aggressiveness for the same groups. In reference to prosociality, music therapy intervention only affected the second group. In this specific case we concluded that music therapy represents an efficient secondary prevention strategy to reduce the direct aggressiveness risk.

Key words: Aggressiveness, prosociality, prevention, music therapy.

RESUMEN

El propósito de esta intervención fue promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar, mediante la musicoterapia. Se adoptó un diseño cuasiexperimental con pre-test y pos-test, dentro de un programa piloto de prevención temprana de la agresividad, en un nivel secundario dirigido a un grupo específico de niños. Participaron 18 niños entre 5 y 9 años, distribuidos en tres grupos. El grupo uno recibió intervención completa de musicoterapia (30 sesiones), el grupo dos recibió intervención incompleta de musicoterapia (15 sesiones) y el grupo tres o grupo control no recibió ninguna intervención. Los resultados indicaron que la musicoterapia tuvo efectos significativos sobre la agresividad directa de los grupos experimentales uno y dos, pero no así sobre la agresividad indirecta, para los mismos grupos. En cuanto a la prosocialidad, la musicoterapia tuvo efectos significativos solamente en el grupo dos. En este caso específico, podemos concluir que la musicoterapia se convirtió en una estrategia de prevención secundaria con respecto al riesgo de agresividad directa.

Palabras clave: Agresividad, prosocialidad, prevención, musicoterapia.

Artículo recibido/Article received: Abril 27, 2009/April 27, 2009, Artículo aceptado/Article accepted: Noviembre 14, 2009/November 14/2009

Dirección correspondencia/Mail Address:

Mónica del Pilar Guevara Parra, Diagonal 5A No. 37B – 60 Int 16A Apto 301, Bogotá, Colombia, mopi_12@hotmail.com – mdguevarap@gmail.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus artículos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusion en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

INTRODUCCIÓN

La violencia es sin duda uno de los principales problemas en Colombia desde hace varios años, y ocupa los primeros lugares como causa de mortalidad. Es una de las causas más frecuentes de hospitalización, atención en urgencias e incapacidad, generando alrededor del 25% de la carga de enfermedad, como lo indica Klevens (2005). Las lesiones físicas y la violencia generan múltiples consecuencias psicológicas tanto para los testigos como para las víctimas, como estrés postraumático, ansiedad crónica, depresión, sentimientos de vulnerabilidad, desconfianza y temor, pérdida de autoestima, problemas del sueño y apetito, dependencia del alcohol, e incluso suicidio. En los niños pueden llevar a retrasos en el crecimiento y desarrollo, problemas de aprendizaje, malas relaciones interpersonales y comportamiento agresivo y antisocial.

El fenómeno de violencia en Colombia es diverso en sus manifestaciones, complejo y tiene múltiples causas. En concordancia con la gravedad de la violencia política que surge del conflicto armado y del crimen organizado, actualmente se reconoce también el peso que tiene la violencia cotidiana, impulsiva o difusa en nuestro país (Henaó, 2005).

Tanto la violencia intrafamiliar como la violencia escolar y juvenil han sido catalogadas dentro de la categoría de violencias impulsivas o difusas. Los jóvenes se presentan como el grupo social más afectado, como víctimas y como victimarios. Esta realidad es consecuencia de la violencia social, económica y familiar por una parte; y por otra, del enlace con diferentes escenarios y espacios sociales como la calle, la escuela, el “parche”, el barrio y demás lugares que corresponden a las necesidades propias de los jóvenes (García, 2003).

Por su parte, la violencia escolar es un fenómeno presente en el ámbito mundial, y es objeto de estudio por diferentes grupos de expertos. Ello significa que este tipo de violencia no es un fenómeno asociado únicamente a la pobreza, sino que en él se articulan diferentes escenarios de la realidad social, como la familia, la escuela y el barrio (García, 2003). En Colombia se han incrementado los casos de violencia escolar, a comienzos del 2007 fue conocido el caso lamentable de dos estudiantes de un colegio en Ciudad Bolívar que asesinaron al rector en su oficina y salieron del plantel sin que nadie se diera cuenta de lo sucedido (Caracol Radio, Abril 20 de 2007). Los casos de agresión escolar que se presentan en el país son divulgados frecuentemente por la prensa y la televisión, estas agresiones se dan entre los mismos estudiantes o de estudiantes a profesores, utilizando incluso lápices o pinceles para cometer el acto agresivo, y en muchos casos provocando la muerte o daños irreversibles a la víctima.

Es de esperarse que un contexto de violencia como el descrito, tenga un gran impacto sobre la salud y las potencialidades de desarrollo de la población infantil, dada

su mayor vulnerabilidad, fomentando pautas de comportamiento de mayor agresividad (Agudelo, 2002). De igual forma, los modelos de violencia en el hogar, en el barrio, en la ciudad, en el país, en los programas de televisión o en los juegos virtuales, refuerzan permanentemente la agresividad (Henaó, 2005).

Si consideramos las palabras de Klevens (2005), a cerca de cómo los comportamientos agresivos ayudan a predecir la delincuencia, concluiremos entonces que debemos intervenir tempranamente sobre estos comportamientos, antes de que lleguen a ser conductas delictivas o antisociales. Igualmente, debemos tener muy en cuenta que los facilitadores violentos se ubican en los procesos de socialización primaria y secundaria, y que la familia y la escuela, como principales socializadores, parecen tener un papel relevante en la persistencia de conductas agresivas o en la promoción de conductas prosociales. Por tanto, entendemos la agresividad como la acción que tiene la intención de hacerle daño a otra persona, ya sea de manera directa o indirecta; y la prosocialidad como los comportamientos positivos de los/as niños/as en las relaciones con sus pares y con los adultos, en el plano de la percepción de los sentimientos, su expresión positiva y la cooperación (concretamente ayuda, donación, consuelo y defensa) (López, Etxebarria, Fuentes, & Ortiz, 2003).

De esta manera, la prosocialidad como una alternativa de socialización para los niños y jóvenes dentro del ambiente escolar, se ha venido posicionando y acogiendo en los colegios, a través de programas curriculares con énfasis en el desarrollo socioafectivo que involucra la comunicación, autoestima, asertividad, autocontrol y prosocialidad, entre otros. Igualmente, los programas de convivencia ciudadana y resolución de conflictos para controlar la violencia escolar han alcanzado protagonismo y se han fortalecido en las aulas, más aún cuando las investigaciones muestran que los trastornos de aprendizaje son consecuencia de los trastornos emocionales y comportamentales.

La prevención de la agresividad y la promoción de habilidades prosociales en contextos escolares, ha sido un tema de gran interés a nivel internacional y nacional. Dentro de los programas internacionales más reconocidos, está el Programa de Prevención de Montreal (multimodal), diseñado por Tremblay, et al. (1995) en la Universidad de Montreal a mediados de los años ochenta. También se destaca el programa desarrollado por McGinnis y Goldstein (1990), para la enseñanza de las habilidades prosociales. Sin embargo no todos los programas contemplan una intervención dirigida a los propios niños, y cuando la contemplan usualmente corresponden a intervenciones que se restringen a terapias conductuales o con enfoque psicoeducativo.

En Colombia sobresale el Programa de Prevención Temprana de la Violencia que desde 2001 se viene implementando en Medellín, tiene como objetivos

disminuir los índices de agresión, propiciar el desarrollo de comportamientos prosociales y prevenir la violencia y la agresión, el consumo de sustancias psicoactivas y el bajo rendimiento escolar (Duque, Orduz, Sandoval, Caicedo, & Klevens, 2007).

Es de esperarse que las políticas en nuestro país contemplen siempre un componente de convivencia, en especial con la implementación de la estrategia de “Seguridad Democrática” de la presidencia y su programa “Fortalecimiento de la Democracia y los Valores” (Ministerio de Cultura, 2006). Dentro de las políticas de educación y cultura el tema de convivencia ha sido reconocido por las instituciones públicas y privadas como prioritario, es así como el Ministerio de Educación ha implementado estrategias curriculares y de ambientes educativos, tendientes a mejorar la convivencia. Esto ha generado una alianza denominada “Educación para la Construcción de Culturas de Paz” que compromete a organizaciones nacionales e internacionales, que persiguen el mismo interés (Alianza educación para la construcción de culturas de paz, 2007). Por su parte, la dirección de infancia y juventud del Ministerio de Cultura con su Plan Nacional de Música para la Convivencia (Ministerio de Cultura, 2006), propone construir autonomía y convivencia desde los procesos de desarrollo musical. Con este mismo propósito, la fundación “Batuta” (Batuta, Sistema Nacional de Orquestas Sinfónicas Juveniles e Infantiles, 2007) lleva a cabo acciones que no se limitan a la formación musical, sino también cumplen una función socializadora. Por lo tanto, aporta de manera significativa a la creación y al fortalecimiento de valores individuales y colectivos como autoestima, seguridad, concentración, disciplina, respeto, igualdad, pertenencia y tolerancia, a través del trabajo e integración en grupos orquestales.

Igualmente, la Secretaria de Salud de Bogotá se ha venido vinculado con este tema a través de la propuesta “Salud al Colegio” (Secretaría Distrital de Salud, 2007), con su componente “Apoyo a procesos pedagógicos” y llevando a cabo el programa “Convivencia, Democracia y Derechos Humanos”. Este programa es definido como un espacio vital, generador de autonomía y creatividad en los niños, que permite desarrollar sus potenciales físicos, sociales e intelectuales a través de la implementación de espacios adecuados en su centro educativo para la recreación, la convivencia, la seguridad y la construcción de conocimientos.

En el caso particular del Instituto Educativo Distrital Rodrigo Lara Bonilla, una preocupación a nivel institucional ha sido construir una cultura democrática que respete los derechos humanos, tal inquietud condujo a este centro de educación a formular su Proyecto Educativo Institucional “Democracia y Derechos Humanos en la Escuela Formal” (Colegio Distrital Básica y Media Rodrigo Lara Bonilla, 2001). Este colegio está ubicado en la localidad 19 de Bogotá al sur occidente de la ciudad, sector

Guevara, M.P. (2009). Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136.

marginal conocido como Ciudad Bolívar, allí confluyen distintas formas de desarrollo: planificado, de invasión, de asentamiento, normal, población desplazada y reinsertada, etc. (Secretaría Distrital de Salud, 1998). Este fenómeno hace que muchos de los estudiantes que llegan al colegio sean hijos de personas dedicadas a un sinnúmero de formas de subsistencia, en su mayoría vinculados a la economía informal o desempeñándose en cargos poco calificados. Desde esta condición y debido a los bajos niveles de escolaridad de los padres, es frecuente encontrar maltrato verbal y psicológico, abandono y pobreza en un alto número de familias, esto se refleja en el bajo desarrollo de los procesos de aprendizaje y de convivencia de los estudiantes que ingresan a dicho colegio.

Es pertinente acercarnos a la problemática de esta localidad, teniendo en cuenta el alto riesgo de agresividad en que se encuentran los estudiantes, y más aún cuando su Proyecto Educativo Institucional está basado en Derechos Humanos y Convivencia y todos los esfuerzos de la comunidad educativa están encaminados hacia ese fin.

Es así como, partiendo de la necesidad de implementar programas más especializados de prevención temprana de la agresividad, dirigidos a niños escolarizados en las Instituciones Educativas Distritales de Bogotá de los niveles básica primaria y preescolar, proponemos la musicoterapia como herramienta terapéutica de intervención. Encontramos que los objetivos de esta investigación tienen gran coherencia con los propósitos de los programas de prevención secundaria, ya que buscan disminuir el riesgo de agresividad (factor de riesgo) y promover la prosocialidad (factor protector) a través de experiencias musicales terapéuticas. Es conveniente aclarar en este punto, que la prevención secundaria tiene como objetivo la reducción de la enfermedad, haciendo descender la proporción de los casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo (Florez, 2007).

Desde una perspectiva psicosocial, definimos la Musicoterapia Preventiva como una disciplina que utiliza como herramientas de abordaje el cuerpo, la voz, el movimiento y los objetos sonoros y la música editada, con el objetivo de contribuir en la promoción y prevención de la salud; y en caso de enfermedad contribuir en la rehabilitación y/o tratamientos del estado físico y psicológico Pellizzari (2005). También nos referimos a la Musicoterapia Social de Schwabe y Haase (1998), definida como una disciplina que desarrolla la competencia social, mejora la capacidad de percepción, y estimula y promueve procesos emocionales, a través de medios musicales que promueven sentimiento de comunidad, activando y motivando en el niño la comunicación.

En el ambiente escolar son pocas las investigaciones que en musicoterapia se han realizado sobre la agresividad y la prosocialidad (Heinecke, 1998; Henk & Cleven, 2006; Rickson & Watkins, 2003). No obstante, se ha encontrado

que este tipo de terapia ayuda a activar la participación y la integración del niño con su medio, también ayuda a estimular los repertorios básicos de aprendizaje (Zorrillo, 2004). Además, la musicoterapia desarrolla la competencia social, mejora la capacidad de percepción, estimula y promueve procesos emocionales en niños que presentan agresividad, incrementado en ellos la conciencia de los sentimientos de los otros y las relaciones positivas (Heinecke, 1998; Rickson & Watkins, 2003).

La mayoría de los artículos de musicoterapia que se relacionan con la agresividad, se centran en los trastornos emocionales y definen la agresividad como un síntoma de estos trastornos. Hussey y Layman (2003), encontraron al menos tres grandes campos desde donde la musicoterapia ha sido utilizada exitosamente, en el tratamiento de trastornos emocionales en el niño: regulación afectiva, disfunción social/comportamental y comunicación.

Con respecto a la regulación afectiva, desde temprano la musicoterapia ha sido identificada como una intervención para tratar deterioros en el funcionamiento afectivo, incluyendo la reducción de los niveles de ansiedad, así como una herramienta para mejorar las respuestas emocionales. Igualmente, la musicoterapia ha sido bien reconocida para ayudar a mejorar los déficits de comunicación y estimular la comunicación no verbal. También incrementa los comportamientos sociales apropiados, la conciencia grupal y la cooperación.

Adicionalmente, la musicoterapia grupal provee un canal para transformar la frustración, irritabilidad y agresividad en la experiencia de creatividad y autocontrol (Henk & Clevén, 2006).

MÉTODO

Diseño

El diseño del presente estudio es cuasiexperimental con pre-test y pos-test, y grupos intactos, dos experimentales (Grupo uno y Grupo dos) y uno de control (Grupo tres). Este estudio, está enmarcado dentro de un programa de prevención temprana de la agresividad en un nivel secundario (niños con mayor riesgo de agresividad) y unimodal (dirigida solamente a los propios niños).

Instrumentos

Para la medición pre-test y post-test el instrumento utilizado fue el Cuestionario para la evaluación de comportamientos agresivos y prosociales (COPRAG), que permite identificar síntomas de agresividad directa e indirecta y síntomas de prosocialidad, además de los síndromes de hiperactividad/déficit de atención y depresión/ansiedad. Este cuestionario fue diseñado por un grupo de investigadores de la Universidad de Antioquia adscritos al Instituto de Ciencias de la Salud (Agudelo, 2002). La prueba piloto se aplicó a 83 escolares en tres establecimientos educativos del municipio de Bello

Guevara, M.P. (2009). Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136.

(Antioquia), luego de las modificaciones pertinentes fue aplicado a una muestra probabilística, estratificada por nivel educativo, por tipo de establecimiento y por sexo. En el año 2000, para su validación se estudiaron un total de 714 niños y niñas en 20 establecimientos educativos ubicados en el estrato dos del perímetro urbano de la ciudad de Medellín. El test es un formulario creado para ser auto diligenciado por el maestro, es decir que cada niño es evaluado por su maestro.

Está constituido por 46 ítems organizados así: síntomas de agresividad directa evaluada mediante 14 ítems, síntomas de agresividad indirecta evaluada mediante 6 ítems y síntomas de prosocialidad evaluada mediante 11 ítems. Cada ítem se responde en una escala de 1 a 3, luego mediante la comparación del resultado total con el criterio fijado o punto de corte se define el resultado como positivo o negativo para el síntoma evaluado.

Concretamente, para este estudio, se emplearon como variables dependientes los síntomas de agresividad directa, de agresividad indirecta y de prosocialidad; y como covariables el grupo, la hiperactividad/déficit de atención, y la ansiedad/depresión, estas últimas también evaluadas en la prueba COPRAG.

También se empleó como herramienta de evaluación inicial y final, la batería estandarizada de trastornos emocionales (Beech Brook Music Therapy Assessment for Severely Emotionally Children) de Layman, Hussey y Laing (2002). Esta batería mide o valora a los niños con base en el funcionamiento o desempeño social y comportamental, la capacidad emocional de respuesta, habilidades de lenguaje/comunicativas y habilidades musicales. Dichas funciones son medidas a lo largo de una escala continua la cual tiene al comportamiento defensivo/de retiro en uno de sus extremos, y al comportamiento disruptivo/intrusivo o de invasión al otro extremo, y hacia la mitad de la escala se encuentran los comportamientos "previstos" o deseados.

Una vez diligenciado el formato de valoración, los subtotales de las puntuaciones en bruto, pueden ser categorizadas como defensivas, objetivo o disruptivas, y los puntajes totales indicarán la tendencia general de comportamiento mostrado por el paciente.

Participantes

En este estudio, participaron 18 niños de preescolar y básica primaria del Instituto Educativo Distrital Rodrigo Lara Bonilla, considerados con alto riesgo de agresividad. La selección se realizó con base en el reporte que la orientadora del colegio realizó de los niños que presentaban conductas de agresividad, según los síndromes de conducta agresiva planteados por Wicks-Nelson e Israel (1997). En total fueron remitidos 31 niños a quienes se les aplicó la prueba COPRAG, de los cuales 18 fueron seleccionados para el estudio, ya que obtuvieron puntuaciones mayores o iguales al punto de corte de agresividad directa y

prosocialidad baja (<18) o media (>18 y <30).

Los participantes se encontraban cursando los grados preescolar, primero, segundo y tercero de primaria, y sus edades oscilaban entre 5 y 9 años. En cuanto a las características familiares, la mayoría de sus progenitores estaban vinculados a trabajos formales temporales como conductor, soldador o vigilante, y una minoría a trabajos informales. Por su parte la mayoría de las madres estaban dedicadas al hogar y una minoría vinculada a trabajos formales y temporales como cajera u operaria. Sobre el nivel socioeconómico y educativo, estas familias se encuentran en estratos 1 y 2 y en nivel de media secundaria, la minoría no culminó el bachillerato o apenas tienen primaria, y solo uno alcanzó el nivel técnico. Es destacable que la conformación de la mayoría de estas familias es la jefatura femenina, dándose un caso de jefatura masculina, en segundo lugar se encuentra la conformación nuclear, y en menor proporción la familia recompuesta y extensa.

Los niños seleccionados para el estudio fueron divididos y emparejados, teniendo en cuenta la edad. Se distribuyeron en dos grupos experimentales (Grupo uno y Grupo dos) y un grupo control (Grupo tres), el Grupo uno conformado por seis niños recibieron intervención completa de musicoterapia y el Grupo dos conformado por otros seis niños recibieron intervención incompleta de musicoterapia. Se contemplaron dos grupos experimentales ya que se quería comparar el efecto de una intervención completa y una incompleta. Los seis niños restantes conformaron el Grupo tres y participaron como grupo control, pero no recibieron ninguna intervención musicoterapéutica sino sus clases cotidianas.

Intervención musicoterapéutica. La intervención se abordó desde una perspectiva psicosocial (musicoterapia preventiva y musicoterapia social), tomándose como temas centrales las habilidades musicales, la función social/comportamental, la capacidad de respuesta emocional, el lenguaje/comunicación, y las habilidades prosociales.

Se emplearon técnicas receptivas y técnicas activas tales como: la improvisación instrumental, el canto grupal, la sonodramatización y el montaje musical. Procedimientos musicoterapéuticos como: pintar según la música, utilización del cuerpo como instrumento, danzas cantadas, improvisaciones de movimientos según la música, juego de roles musicales, juegos de interacción musical y la retroalimentación como medio de reflexión.

El proceso musicoterapéutico contempló cuatro etapas teniendo en cuenta a Davis, et al. (2000): evaluación inicial, plan, intervención y evaluación final. La intervención completa tuvo una duración de 30 sesiones, con una evaluación inicial y dos fases de intervención: la primera denominada “Encuentro de sí mismo” y la segunda “Acción constructiva con otros”. Esta denominación identifica los dos momentos de la interacción social definidos por Schwabe (1998), acoplándose exactamente con los dos

Guevara, M.P. (2009). Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136.

momentos vividos en la intervención. La intervención incompleta tuvo una duración de 15 sesiones y comprendió la evaluación inicial y solo una fase de intervención denominada “Encuentro de sí mismo”. Se realizaron cuatro sesiones semanales, en promedio, con una duración de 45 minutos aproximadamente.

Evaluación inicial. Esta primera etapa comprendió 6 sesiones del total de sesiones en cada grupo, y fueron utilizadas las siguientes herramientas de evaluación: Prueba COPRAG, Protocolo de sesión individual, Ficha musicoterapéutica, Protocolo de observación y Batería Beech Brook.

Plan de intervención. De acuerdo con los resultados de la evaluación inicial se plantearon los objetivos de la intervención y se tuvieron en cuenta las siguientes experiencias musicoterapéuticas: improvisación sonora, canto grupal, técnicas receptivas, sonodramatización, montaje musical, utilización del cuerpo como instrumento, danzas cantadas y artes creativas.

Intervención. Esta etapa de la intervención propiamente dicha tuvo una duración de 24 sesiones para el Grupo uno y de 9 sesiones para el Grupo dos, hay que aclarar que en esta etapa no se incluyen las sesiones de la evaluación inicial. Las fases de intervención se denominaron “Encuentro de sí mismo” y “Acción constructiva con otros”, la primera se caracterizó por la exploración de las propias posibilidades, observándose una transición del caos a la elaboración, la segunda se caracterizó por la estructuración rítmica melódica y corporal, observándose una elaboración más concreta. Fueron utilizadas las herramientas de registro: Protocolo de sesión y de observación.

Evaluación final. En esta última etapa fueron utilizadas las herramientas de evaluación: Prueba COPRAG y Batería Beech Brook.

RESULTADOS

Prueba COPRAG. Diferencias entre pretest y postest

Agresividad directa. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la prueba Wilcoxon, se encontraron diferencias significativas en el Grupo uno y en el Grupo dos con respecto a la agresividad directa, ya que obtuvieron un $p = ,018$ y $p = ,030$, respectivamente, como se puede observar en la Tabla 1. Sin embargo en el Grupo tres o control, no se observó esta diferencia significativa. La Figura 1 muestra gráficamente los puntajes pre-test y pos-test de cada grupo, donde se destaca que todos los niños del Grupo uno, disminuyeron su agresividad directa.

Agresividad indirecta. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la prueba Wilcoxon, no se encontraron diferencias significativas para ninguno de los grupos con respecto a la agresividad indirecta, como se puede observar en la Figura 2.

Prosocialidad. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la prueba Wilcoxon, se encontraron diferencias significativas en el Grupo dos con respecto a la prosocialidad, como se indica en la Figura 3.

Tabla 1. Resultados de la prueba Wilcoxon. Agresividad Directa.

	Estadístico			Mediana estimada
	N	Wilcoxon	p	
Grupo 1	6	21,0	,018**	5,00
Grupo 2	6	15,0	,030**	6,00
Grupo 3 (control)	6	3,0	,186	,50

** p < ,00

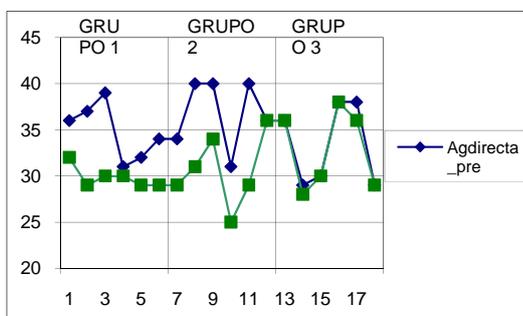


Figura 1. Pre-test y pos-test de COPRAG. Agresividad directa

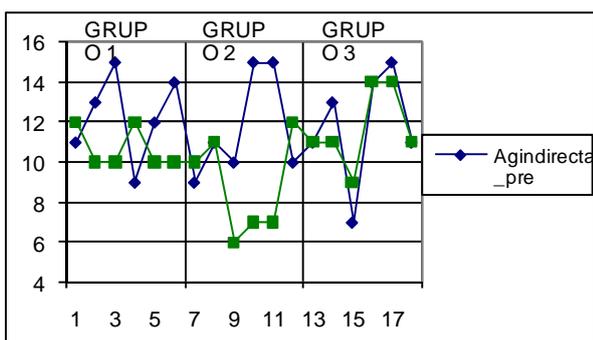


Figura 2. Pre-test y pos-test de COPRAG. Agresividad indirecta

Prueba COPRAG. Comparación entre los grupos

Agresividad directa. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la

Guevara, M.P. (2009). Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136.

prueba Tukey que permite analizar las diferencias entre los Grupos uno, dos y tres, con respecto a las tres variables dependientes, se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimentales y el control, así: entre el Grupo uno y el Grupo tres (p = ,0448), también entre el Grupo dos y el Grupo tres (p = ,0165). Sin embargo entre los mismos grupos experimentales no sucedió lo mismo (Tabla 2).

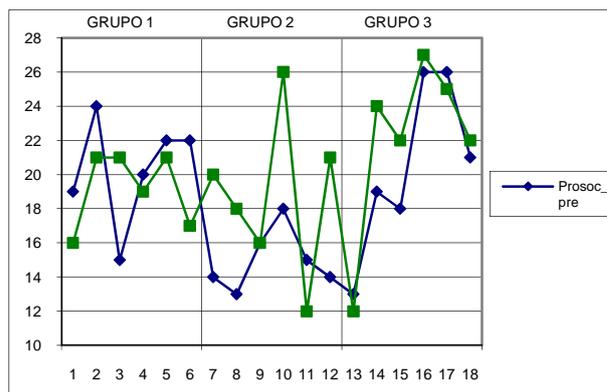


Figura 3. Pre-test y pos-test de COPRAG. Prosocialidad

Agresividad indirecta. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la prueba Tukey, no existieron cambios significativos entre ninguno de los grupos, experimentales ni control.

Prosocialidad. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de la prueba Tukey, se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimentales, pero no entre el grupo control y los experimentales.

Tabla 2. Resultados de la prueba Tukey. Agresividad Directa

Grupo uno con	Diferencia de medias	DE de las diferencias	T	p
Grupo dos	,910	1,599	,569	,8387
Grupo tres	-4,326	1,601	-2,701	,0448**
Ggrupos dos con	Diferencia de medias	DE de las diferencias	T	p
Grupo tres	-5,236	1,616	-3,241	,0165**

** p < ,00

Prueba COPRAG. Influencia de las covariables

Agresividad directa. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación del análisis de varianza que permite observar la influencia de

las covariables de grupo, déficit de atención y depresión/ansiedad, se pudo evidenciar con respecto a la agresividad directa, que existen diferencias significativas entre los grupos ya que esta covariable obtuvo un $p = ,014$ (Tabla 3). Sin embargo la hiperactividad/déficit de atención y depresión/ansiedad no influyen significativamente sobre esta variable.

Agresividad indirecta. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de análisis de varianza, no existen diferencias significativas entre los grupos, sin embargo la covariable depresión/ansiedad influye positivamente.

Prosocialidad. De acuerdo con los resultados de la prueba COPRAG pretest y postest y la aplicación de análisis de varianza, existen diferencias significativas entre los grupos y la covariable depresión/ansiedad influye positivamente mientras que la covariable hiperactividad/déficit de atención influye negativamente.

Tabla 3. *Análisis de varianza. Agresividad Directa*

Fuente	DF	SS	SS	MS	F	p
Hiperac.						,670
Depr/Ans.	1	32,153	20,242	20,242	2,66	,127
Grupo	2	91,345	91,345	45,673	6,01	,014**
Error	13	98,793	98,793	7,599		
Total	17	227,778				

** $p < ,00$

Batería Beech Brook

En cuanto a los resultados de la batería Beech Brook, podemos decir que se redujeron las respuestas disruptivas en ambos grupos, estas últimas entendidas como las interacciones que tienen un componente agresivo o impulsivo. En la Figura 4 se muestran los resultados comparativos entre el pretest y postest del Grupo uno y del Grupo dos. A continuación se describen los resultados en cuanto a la función social/ de comportamiento, capacidad de respuesta emocional, lenguaje/ comunicación y habilidades musicales.

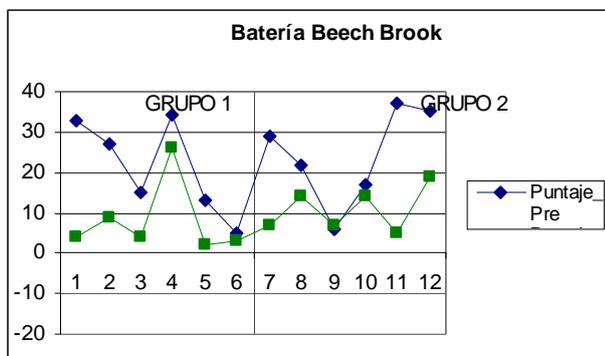


Figura 4. *Pre-test y post-test de la batería Beech Brook*

Función social/de comportamiento. Se observó una reducción de la impulsividad en relación a la función social/ de comportamiento, en ambos grupos. Al comparar los dos grupos, no se percibe una diferencia marcada entre ellos, sino una homogeneidad en los resultados.

Capacidad de respuesta emocional. Se evidenció una reducción de la impulsividad en relación a la capacidad de respuesta emocional, en ambos grupos. Sin embargo no se observa una diferencia importante entre los grupos, sino una uniformidad en los resultados.

Lenguaje/comunicación. Se observó una reducción de la impulsividad en relación al lenguaje/comunicación, notándose una diferencia entre los grupos, ya que los resultados más contrastados se dieron en el Grupo 1.

Habilidades musicales. Se mostró una reducción destacable de la impulsividad en relación a las habilidades musicales, notándose una homogeneidad en los resultados al comparar los grupos.

DISCUSIÓN

La intervención tuvo efectos significativos sobre la agresividad directa en los grupos experimentales, reduciendo el maltrato físico, el maltrato verbal, la respuesta a una ofensa real o percibida, entre otros. Estos resultados fueron evidentes a lo largo del estudio en el que se redujeron las respuestas disruptivas, entendidas como las interacciones que tienen un componente agresivo o impulsivo respecto a las habilidades musicales, la función social/de comportamiento, la capacidad de respuesta emocional, y el lenguaje/ comunicación.

Por el contrario, la musicoterapia no redujo el riesgo de agresividad indirecta en ninguno de los grupos experimentales. Esto significa que la intervención influyó sobre los síntomas de agresividad directa, pero no sobre los de agresividad indirecta, la cual involucra acciones como hacer daño de forma encubierta, perjudicar las relaciones sociales de las otras personas, entre otros.

La musicoterapia tuvo efectos significativos únicamente sobre la prosocialidad del grupo que recibió la intervención incompleta, pasando de prosocialidad baja a media. Estos resultados nos llevan a inferir que la intervención tuvo influencia de otros factores de variabilidad externos, como la edad, ya que se esperaba que el grupo que recibió la intervención completa aumentara su prosocialidad.

Siguiendo la premisa de Fernández-Ríos (1994), que la prevención tiene como objetivo la reducción de la enfermedad haciendo descender la proporción de los casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, podemos decir que en este caso específico la intervención musicoterapéutica redujo el riesgo de agresividad directa, convirtiéndose en una estrategia de prevención secundaria.

La agresividad indirecta se mostró muy independiente de la agresividad directa, demostrando que sus síntomas

denotan características diferentes. Por lo tanto, los tipos de agresividad deben considerarse y evaluarse como categorías separadas, según las formas en que se lleva a cabo (Cepeda, 2004).

Aunque la prosocialidad solamente fue promovida en el Grupo dos, los niños que participaron en este estudio, en general, presentaban una prosocialidad media. Esto hace

pensar en lo dicho por Agudelo (2002) acerca de que los niños pueden presentar conductas agresivas y prosociales simultáneamente, como estrategias para hacer frente a las precarias condiciones socioafectivas del contexto familiar y social, y como una nueva manera de ganar visibilidad ante ese proyecto que los hegemoniza.

Tabla 4. *Factores protectores y de riesgo*

	Factores de protección	Factores de riesgo
Indicadores psicosociales	Prosocialidad	Agresividad
Indicadores salugénicos o de vulnerabilidad	Consuelo Defensa Ayuda Donación	Agresividad directa Agresividad indirecta
Indicadores corporo-sonoro-musicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominio de la intensidad y de la densidad. ▪ Facilidad en adoptar roles vinculares en el plano sonoro: fondo - figura ▪ Intencionalidad de diálogo sonoro ▪ Modulación de la voz ▪ Capacidad para compartir instrumentos y tocar en forma cooperativa ▪ Flexibilidad para auto explorar y producir variedad en matices expresivos a través de lo sonoro-musical ▪ Habilidad para realizar música a otras personas y tolerar la presencia sonoro musical del otro ▪ Aceptación de normas mediante la música ▪ Autorregulación corporal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excesiva intensidad en su ejecución instrumental y vocal ▪ Dificultad para organizar lo corporo-sonoro- musical ▪ Descontrol en la manipulación de los instrumentos ▪ Dificultad para compartir instrumentos ▪ Descargas corporo-sonoro-musical muy prolongadas ▪ Uso del sonido y/ o la música de manera defensiva e impulsiva ▪ Dificultad para escuchar e intercambiar ideas sonoras ▪ Intolerancia a la presencia sonoro musical del otro ▪ Inadaptación a las propuestas musicales ▪ Baja autorregulación corporal

Desde la perspectiva de los trastornos emocionales, y adoptando la agresividad como una de sus expresiones, la musicoterapia intervino positivamente en la disminución de la agresividad directa. Lo anterior lo corroboran Hussey y Layman (2003), cuando mencionan como una de las mayores aplicaciones contemporáneas para la musicoterapia, trabajar con niños quienes tienen serios trastornos emocionales y altos grados de impulsividad lo mismo que limitadas habilidades de autorregulación.

El proceso de interacción social destacado por Schwabe y Haase (1998), “encuentro de sí mismo” y “acción constructiva con otros”, permitió a los niños encontrarse con su forma musical de ser, mantener un contacto con su realidad para entenderla y transformarla, y así adoptar un rol social diferente.

La musicoterapia preventiva de Pellizzari (2005) permitió un mayor entendimiento de los factores de riesgo y

de protección psicosociales y su relación con los indicadores corporo-sonoro-musicales, los cuales se describen en la Tabla 4.

Dadas las características sociodemográficas de estos niños, donde las familias en su mayoría están constituidas por un solo progenitor, y por ende la situación económica es difícil, se tiene que intervenir no solo a los niños sino involucrar a sus familias y la escuela, para que haya mayores resultados a largo plazo y se tenga incidencia sobre todos los tipos de agresividad. Pues como lo señala Klevens (2005), existen otros factores que predisponen al desarrollo del comportamiento agresivo, ya que producen una condición de vulnerabilidad. Entre estos están las condiciones de pobreza que influyen sobre la calidad y cantidad de las interacciones de los padres con los hijos.

REFERENCIAS

- Agudelo, L. (2002). *Características de las familias y escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en niños y niñas de 3-11 años*. Medellín, Colombia: Instituto de Ciencias de la Salud - Universidad de Antioquia - Colciencias.
- Alianza educación para la construcción de culturas de paz. (Julio de 2007). *Educación para la paz*. Recuperado el 15 de Enero de 2008 de <http://www.educacionparalapaz.org.co>
- Batuta, Sistema Nacional de Orquestas Sinfónicas Juveniles e Infantiles. (2007). Recuperado el 15 de Enero de 2008 de <http://www.fundacionbatuta.org>
- Boussicaut, C. (2004). *The effects of music therapy and token economy system vs. music therapy on decreasing inappropriate behaviors with students labeled emotionally disturbed*. Thesis for the Degree of Master of Music, School of Music, The Florida State University.
- Caracol Radio (2007, Abril 20). *Se abre debate por violencia estudiantil en los colegios*. Recuperado el 13 de Junio de 2007 de <http://www.caracol.com.co/noticias/417195.asp>
- Cepeda, A. (2004). *La relación inversa entre empatía y agresión: precisiones conceptuales y metodológicas. Un estudio con niño(a)s de cuarto de primaria*. Tesis de pregrado, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes.
- Chaux, E. (2005). El Programa de Prevención de Montreal: lecciones para Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 21, 11-25.
- Colegio Distrital Básica y Media Rodrigo Lara Bonilla (2001). *Síntesis del Proyecto Educativo Institucional en Democracia y Derechos Humanos en la Escuela*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Cornejo, A. (2004). Musicoterapia en trastornos conductuales de la infancia. Proyecto Final para optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Artes, Mención Musicoterapia, Universidad de Chile.
- Davis, W., Gfeller, R., & Thaut, M. (1997). *Introducción a la musicoterapia*. Barcelona, España: Boileau.
- Duque, L., Orduz, J., Sandoval, J., Caicedo, B., & Klevens, J. (2007). Lecciones del programa de prevención temprana de la violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21,1, 21-29.
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- García, B. (2003). *Los Núcleos de Educación Familiar: investigación participativa para la prevención de las violencias difusas en la escuela, la familia y el barrio*. Tesis de Maestría, Facultad de Sociología, Universidad Nacional de Colombia.
- Guevara, M.P. (2009). Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136.
- Heinecke, B. (1998). Sozialmusiktherapie mit lernbehinderten und aggressiven Kindern. Im: Schwabe, C., & Haase, U., *Die Sozialmusiktherapie* (pp. 203-215). Dresden, Alemania: Akademie für angewandte Musiktherapie Croasen.
- Henoa, J. (2005). La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención *Universitas Psicológica*, 4(2), 161-177.
- Hussey, D., & Layman, D. (2003). Music therapy with emotionally disturbed children. *Psychiatric Times*, 20(6). Recuperado el 2 de Febrero de 2007, de <http://www.psychiatrictimes.com>
- Kleuens, J. (2005). *Los caminos a la delincuencia: posibilidades para su prevención*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Layman, D., Hussey, D., & Laing, S. (2002). Music therapy assessment for severely emotional disturbed children: a pilot study. *Journal of Music Therapy*, 39(3), 164-187.
- Lopez, F., Etxebarria, I., Fuentes, M., & Ortiz, M. (2003). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid, España: Pirámide.
- McGinnis, E., & Goldstein, A. (1990). *Programa de habilidades para la infancia temprana. La enseñanza de habilidades prosociales a los niños de preescolar y jardín infantil*. Illinois, USA: Research Press.
- Ministerio de Cultura. (2006). *Dirección de infancia y juventud*. Recuperado el 15 de Enero de 2008 de <http://www.mincultura.gov.co>
- Pellizzari, P., & Rodríguez, R. (2005). *Salud, escucha y creatividad. Musicoterapia preventiva psicosocial*. Salvador, Argentina: Universidad del Salvador.
- Rickson, D., & Watkins, W (2003). Music therapy to promote prosocial behaviors in aggressive adolescent boys. *Journal of Music Therapy*, 40(4), 283-301.
- Schwabe, C., & Haase, U. (1998). *Die Sozialmusiktherapie*. Dresden, Alemania: Akademie für angewandte Musiktherapie Croasen.
- Secretaría Distrital de Salud. (1998). *Diagnóstico local con participación social. Localidad Ciudad Bolívar*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud. (2007). *Salud al Colegio*. Bogotá, Colombia: Autor
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *The arts in psychotherapy*, 33, 37-58.
- Tremblay, R., Vitaro, F., Masse, L., & Pihl, R. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 560-568.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, España: Prentice-Hall.
- Zorrillo, A (2004). *Juego musical y aprendizaje*. Bogota, Colombia: Magisterio.