

# Centro de Terapia Musical para niños y adolescentes en Bucaramanga y su área metropolitana

**¡Hola! Bienvenido al presente formulario**, el cual está diseñado con fines académicos, pues forma parte de la elaboración de un plan de negocios para la asignatura Trabajo de Grado II del pregrado en Ingeniería Industrial de la Universidad Industrial de Santander. Este formulario tiene el propósito de explorar las percepciones e intereses de padres, tutores o responsables de niños y adolescentes sobre un posible servicio de terapia musical como apoyo para el bienestar mental y emocional, en Bucaramanga y su Área Metropolitana.

Es importante tener en cuenta que la información aquí suministrada es de carácter confidencial de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 1227 de 2013 de la UIS. Agradezco tu valiosa participación en esta encuesta que servirá como fuente principal para el desarrollo de mi proyecto en curso 😊

Para cualquier inquietud, puede comunicarse al correo electrónico  
maria2192179@correo.uis.edu.co

---

*\* Indica que la pregunta es obligatoria*

1. ¿Está de acuerdo con el tratamiento de sus datos proporcionados en esta encuesta, garantizando que serán utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación académica? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si, estoy de acuerdo      *Salta a la pregunta 2*
- ☐ No, no estoy de acuerdo

*Salta a la pregunta 2*

2. En la actualidad, ¿Tiene a su cargo niños y/o adolescentes entre los 6 y 17 años? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Si      *Salta a la pregunta 3*

☐ No

*Salta a la pregunta 3*

### Información general

3. ¿Cuántos niños y/o adolescentes tiene bajo su cuidado? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4 o más

4. ¿Cuál es su relación con el menor o los menores a su cargo? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Padre o madre

☐ Tutor legal

☐ Hermano(a) mayor

☐ Abuelo(a)

☐ Otro: \_\_\_\_\_

5. ¿En qué rango de edad se encuentra el menor o los menores a su cargo? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ 6 a 8 años  
☐ 9 a 12 años  
☐ 13 a 15 años  
☐ 16 a 17 años

6. Actualmente, ¿Reside en la ciudad de Bucaramanga o su área metropolitana? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si  
☐ No

7. Especifique en que municipio

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Bucaramanga  
☐ Floridablanca  
☐ Girón  
☐ Piedecuesta

8. Seleccione el estrato socioeconómico en el que se encuentra su hogar \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Estrato 1  
☐ Estrato 2  
☐ Estrato 3  
☐ Estrato 4  
☐ Estrato 5 o más

## 9. ¿Cuál ha sido su rango de ingresos en el último mes aproximadamente? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Menos de 1 SMMLV mensual
- ☐ Entre 1 y 2 SMMLV mensual
- ☐ Entre 2 y 4 SMMLV mensual
- ☐ Más de 4 SMMLV mensual

*Salta a la pregunta 10*

### Identificando las necesidades de los niños y adolescentes

## 10. ¿En el último año, ha notado alguno de los siguientes síntomas en el menor o los menores a su cargo? \*

Seleccione las opciones que considere

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Cambios de humor repentinos
- ☐ Tristeza persistente
- ☐ Ansiedad excesiva, miedos o preocupaciones
- ☐ Dificultad para concentrarse / bajo rendimiento escolar
- ☐ Pérdida de interés en actividades que disfrutaba antes
- ☐ Aislamiento social
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Dolores frecuentes (cabeza, estómago) sin causa médica
- ☐ Expresiones negativas sobre sí mismo / baja autoestima
- ☐ No he notado ningún síntoma
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

## 11. De acuerdo a la anterior pregunta, si sus niños o adolescentes a cargo han presentado más de un síntoma o comportamiento ¿Cuál cree que es el más urgente de tratar?

Escriba su respuesta

\_\_\_\_\_

12. Si selecciono algunos de los síntomas, ¿Qué tanto considera que han afectado el desarrollo personal, social o académico del menor o los menores a su cargo?

De acuerdo a la siguiente escala:

*Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5		
<hr/>						
Nad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Demasiado afectado
<hr/>						

13. ¿Ha intentado abordar estos síntomas con alguna de las siguientes técnicas?

Puede seleccionar varias respuestas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Terapia psicológica con un profesional
- ☐ Terapia psiquiátrica con medicación
- ☐ Actividades deportivas o recreativas
- ☐ Actividades artísticas (música, pintura, teatro, etc.).
- ☐ Técnicas de relajación o meditación
- ☐ No he intentado abordarlos
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

14. Si ha utilizado alguna de estas técnicas ¿Considera que han sido efectivas para mejorar el bienestar de su menor o menores a cargo?

De acuerdo a la siguiente escala:

*Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5		
<hr/>						
Nad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Demasiado efectiva
<hr/>						

*Salta a la pregunta 15*

**Musicoterapia**

15. En su perspectiva ¿Considera que la música puede tener un impacto positivo en la salud emocional y mental de los niños y adolescentes? \*

De acuerdo a la siguiente escala:

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
	<hr/>					
Total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo
	<hr/>					

16. En los últimos años ¿Ha escuchado sobre la técnica de musicoterapia? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si, lo he escuchado y conozco esta técnica
- ☐ He escuchado algo, pero no lo tengo claro
- ☐ No, nunca había escuchado sobre esta técnica

*Salta a la pregunta 17*

¡Le cuento en que consiste!

**La musicoterapia** es una técnica que emplea la música, tanto a través del aprendizaje como de la escucha, para promover el bienestar físico, mental y emocional. Mediante sesiones dirigidas por un especialista, se busca mejorar la salud, facilitar la expresión emocional, reducir el estrés y fortalecer habilidades sociales y cognitivas. Diversos estudios han demostrado que la terapia musical tiene un impacto positivo en el bienestar emocional y mental, especialmente en niños y adolescentes, contribuyendo a su desarrollo saludable, aprendizaje, resiliencia, autoestima, confianza y relaciones sociales.

A continuación, le mostramos un breve video ilustrativo sobre la musicoterapia para que conozca mejor esta técnica. Tenga en cuenta que, aunque el video está dirigido a niños menores de 6 años, esta técnica puede ser adaptada a niños de diferentes edades, incluyendo adolescentes.



<http://youtube.com/watch?v=wpsH5X7dUFQ>

17. Después de haber visto el video ¿Qué tan interesado estaría en utilizar este tipo de técnica para el menor o menores a su cargo? \*

De acuerdo a la siguiente escala:

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Demasiado interesado

18. ¿Le interesaría llevar a sus menores a cargo a un centro de terapia musical que utilice la musicoterapia como herramienta terapéutica para tratar condiciones emocionales o mentales en la ciudad de Bucaramanga? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si, si me interesa  
☐ Tal vez me interesa  
☐ No, no me interesa

*Salta a la pregunta 19*

## Centro de Terapia Musical

A continuación, se presentarán una serie de preguntas relacionadas con la implementación de un servicio de terapia musical a través de la musicoterapia, como apoyo para el tratamiento de afectaciones en la salud mental y emocional que impactan el bienestar de niños y adolescentes en el área metropolitana de Bucaramanga.

19. Por favor, califique del 1 al 5 la importancia que le asigna a los siguientes aspectos para un Centro de Terapia Musical (siendo 1 el menor valor y 5 el mayor valor) \*

Solo es posible dar una respuesta por fila y por columna

*Marca solo un óvalo por fila.*

	1	2	3	4	5
<b>Costo accesible</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Calidad profesional</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Instalaciones acogedoras</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ubicación del lugar</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Horarios flexibles</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



20. Del siguiente listado de actividades, ¿Cuáles le gustaría que fueran implementadas en el Centro de Terapia Musical? \*

Seleccione las opciones que considere

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Sesiones individuales de música
- ☐ Clases grupales de iniciación musical
- ☐ Exploración y práctica de instrumentos
- ☐ Improvisación y creatividad musical
- ☐ Relajación con sonidos terapéuticos
- ☐ Meditación guiada con música
- ☐ Mindfulness y respiración con sonido
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

21. ¿Le gustaría incluir un taller para padres o tutores que permita acompañar el proceso del menor dentro de estas actividades? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si, si me gustaría
- ☐ Tal vez me gustaría
- ☐ No, no me gustaría

22. Respecto al precio ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar **mensualmente** por el servicio del Centro de Terapia Musical? En pesos colombianos. \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Menos de \$50.000
- ☐ Entre \$50.000 y \$100.000
- ☐ Entre \$100.000 y \$150.000
- ☐ Entre \$150.000 y \$200.000
- ☐ Entre \$250.000 y \$300.000
- ☐ Más de \$300.000

23. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar **por sesión** para el servicio del Centro de Terapia Musical? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Menos de \$20.000
- ☐ Entre \$20.000 y \$40.000
- ☐ Entre \$40.000 y \$60.000
- ☐ Entre \$60.000 y \$80.000
- ☐ Entre \$80.000 y \$100.000
- ☐ Más de \$100.000

24. ¿Qué modalidad de pago preferiría utilizar para acceder al servicio del Centro de Terapia Musical? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Por sesión
- ☐ Semanal
- ☐ Mensual
- ☐ Trimestral
- ☐ Semestral
- ☐ Anual
- ☐ Pago a través de convenios con EPS o aseguradoras

25. ¿Qué modalidad de servicio preferiría para las sesiones de musicoterapia?

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Asistir al centro de terapia musical de forma presencial
- ☐ Recibir las sesiones en el hogar con un terapeuta a domicilio
- ☐ Modalidad híbrida (combinación de sesiones presenciales y a domicilio)
- ☐ Que las sesiones se realicen dentro del colegio del menor, como parte de su jornada
- ☐ No tengo preferencia

26. ¿Qué tan importante es para usted la cercanía del Centro de Terapia Musical a su lugar de residencia? \*

De acuerdo a la siguiente escala:

*Marca solo un óvalo.*

1    2    3    4    5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Demasiado importante

27. ¿En qué zona prefiere que se encuentre el Centro de Terapia Musical? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Norte de Bucaramanga
- ☐ Centro de Bucaramanga
- ☐ Sur de Bucaramanga
- ☐ Floridablanca
- ☐ Girón
- ☐ Piedecuesta

28. ¿Con qué frecuencia estaría dispuesto a asistir al centro con el menor o los menores a su cargo? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Una vez por semana
- ☐ Dos veces por semana
- ☐ Tres veces por semana
- ☐ Cinco veces por semana
- ☐ Solo en casos necesarios o sesiones específicas
- ☐ Me ajusto, dependiendo de la disponibilidad del menor y del servicio
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

29. ¿A través de qué medio suele informarse sobre servicios o actividades para niños y adolescentes? \*

Puede seleccionar varias opciones

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Redes sociales (Instagram, Tik Tok, Facebook, entre otros)
- ☐ Afiches en la calle
- ☐ Recomendaciones de conocidos
- ☐ Anuncios en la radio o la televisión
- ☐ Sugerencias en el Colegio
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

30. ¿Qué tipo de contenido llamaría su atención para considerar un servicio de terapia musical? \*

Puede seleccionar varias opciones

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Testimonios de padres/tutores
- ☐ Casos de éxito y evidencia científica
- ☐ Videos demostrativos de sesiones
- ☐ Videos sobre los beneficios de la musicoterapia
- ☐ Recomendaciones de especialistas
- ☐ Experiencias de niños y adolescentes
- ☐ Publicaciones en redes sociales
- ☐ Talleres o charlas informativas
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

31. ¿Le gustaría recibir información sobre el centro de terapia musical por algún medio en particular? \*

Seleccione las opciones que considere

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ WhatsApp
- ☐ Redes sociales (Instagram o Facebook)
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Llamada telefónica
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

*Salta a la pregunta 32*

**Llegamos al final del cuestionario!**

32. ¿Le gustaría compartir alguna opinión o expectativa sobre el servicio del Centro de Terapia Musical?

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios



## ENTREVISTAS

### *Padres y/o acudientes de los posibles usuarios*

#### **Presentación**

Buen día, mi nombre es Camila Estevez y estoy realizando un estudio para conocer el interés en utilizar el servicio de un Centro de Terapia Musical infantil y juvenil en Bucaramanga.

Hoy me encuentro con la Sra o Sr, \*se menciona su profesión\*. Me gustaría hacerte algunas preguntas respecto a esto, no tomará más de 10-15 minutos. Todas tus respuestas serán confidenciales. ¡Empiezan las preguntas!

#### **Contexto familiar**

- ¿Tienes hijos o menores a tu cargo entre 6 y 17 años? Si es así, ¿qué edades tienen?
- En tu experiencia, ¿cómo describirías el bienestar emocional de tu hijo/a en este momento?
- ¿Has notado en él/ella algunos síntomas como ansiedad, tristeza frecuente, dificultad para socializar o cambios en su rendimiento escolar?
- Si, si has notado uno de estos cambios, ha hecho uso de alguna técnica para abordarlo. Tales como: Actividad deportiva, Terapia psicológica, Actividades artísticas, otros.

#### **Conocimiento y opinión sobre la musicoterapia**

- ¿Has escuchado antes sobre la musicoterapia como una opción para el bienestar emocional?
- En tres palabras, ¿De qué cree que se trata la musicoterapia?
- ¿Cuál es tu percepción sobre el uso de la música como una herramienta terapéutica? ¿Crees que tiene un impacto positivo?
- ¿Consideras que podría ser útil para tu hijo/a? ¿Por qué?

#### **Interés en el servicio y preferencias**

- Si existiera un centro de terapia musical en Bucaramanga, ¿estarías interesado/a en inscribir a tu hijo/a?
- ¿Qué aspectos considerarías más importantes al elegir un centro de este tipo? (Ejemplo: calidad profesional, ubicación, costos, flexibilidad horaria, ambiente seguro, etc.)
- ¿Cómo te gustaría que se ofreciera el servicio?
  - Asistiendo presencialmente al centro
  - Que el servicio sea a domicilio
  - Que se realice dentro del colegio
  - Híbrido (Unos días presencial, unos días en casa)



**Expectativas de precio y accesibilidad**

- Respecto al costo, ¿qué precio te parecería adecuado para una sesión de terapia musical?
- ¿Con qué frecuencia crees que podrías llevar a tu hijo/a a sesiones de terapia musical? (Ejemplo: una vez por semana, dos veces por semana, solo en talleres especiales, etc.)

**Final**

- Si pudieras diseñar un centro de terapia musical ideal para tu hijo/a, ¿qué características tendría? Respecto al espacio, tipos de clases, etc.
- ¿Hay algo más que te gustaría compartir sobre este tema?

Agradezco tu disposición y tiempo, ¡Muchas gracias!

## ***Musicoterapeuta especialista en el trabajo con niños y adolescentes***

### **Presentación**

Buen día, mi nombre es Camila Estevez y estoy realizando una investigación de mercados para desarrollar mi trabajo de grado que consiste en un plan de negocio para la creación de un centro de terapia musical infantil y juvenil enfocado en el tratamiento de afectaciones de la salud mental y emocional en la ciudad de Bucaramanga, Santander.

Por lo tanto para poder comprender mejor la musicoterapia y las metodologías efectivas dentro de esta técnica desde la práctica. Me encuentro con el profesor Víctor Gerena, de la Escuela de Arte UIS, de la Universidad Industrial de Santander.

Profe ¿cómo ha estado? A continuación le haré algunas preguntas que no tomarán más de 10-15 minutos. De antemano muchas gracias por su tiempo.

### **Experiencia y formación**

- Introducción del docente
- ¿Cuál es su formación y experiencia en el campo de la musicoterapia?
- ¿En qué áreas de la musicoterapia se especializa (por ejemplo, niños, adultos, personas con discapacidad, etc.)?

### **Metodologías y resultados**

- ¿Cuáles son las metodologías y técnicas de musicoterapia que considera más efectivas con los niños?
- ¿Cómo adapta las técnicas a las necesidades y características de los niños y/o adolescentes?
- ¿Podría proporcionar ejemplos de casos en los que haya aplicado con éxito estas metodologías?
- ¿Qué instrumentos o herramientas musicales utiliza con mayor frecuencia y por qué?
- ¿Qué tipo de resultados ha observado en sus pacientes?

### **Consideraciones prácticas**

- ¿Qué factores considera importantes al diseñar e implementar un programa de musicoterapia?
- ¿Qué recomendaciones podría dar para la creación de un servicio de musicoterapia efectivo y adaptado a las necesidades específicas de los usuarios?
- ¿Cuáles son los desafíos más comunes que enfrenta en su práctica y cómo los aborda?

### **Final**

- Se vuelve a agradecer al docente por su tiempo y colaboración.
- Pregunta si tiene alguna pregunta adicional o comentario que le gustaría compartir.