



Perfiles Educativos

ISSN: 0185-2698

perfiles@unam.mx

Instituto de Investigaciones sobre la

Universidad y la Educación

México

Fernández-Batanero, José M.; Cardoso Felício, Jorge Manuel
Musicoterapia e integración social en menores infractores. Un estudio de casos
Perfiles Educativos, vol. XXXVIII, núm. 152, abril-junio, 2016, pp. 163-180
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13244824010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Musicoterapia e integración social en menores infractores

Un estudio de casos

JOSÉ M. FERNÁNDEZ-BATANERO* | JORGE MANUEL CARDOSO FELÍCIO**

El presente artículo recoge los resultados de un estudio cuyo objetivo es comprobar si a través de la musicoterapia, con la adaptación del método Orff, los menores infractores recluidos mejoran su estado de ánimo y su estabilidad emocional, y si esto favorece el desarrollo de habilidades personales para su reinserción social. El diseño de investigación es de tipo descriptivo mixto. Las técnicas utilizadas para la recogida de información fueron la observación estructurada y la escala de perfil de estados de ánimo (Profile of Mood States, POMS). El objeto de estudio fueron menores infractores institucionalizados de un centro tutelar de menores ubicado en la ciudad de Coimbra (Portugal). Los resultados señalan que la terapia con música, en esta población, reduce en gran medida los niveles de ansiedad y estrés relacional, y contribuye a una mayor cohesión del grupo en torno a mejorar las habilidades sociales, especialmente de aquéllas que están relacionadas con los comportamientos de la frustración.

This article presents the results of a study with the objective of demonstrating if the use of music therapy, through adaptation of the Orff method, helps imprisoned young offenders improve their mood and emotional stability and if this favors the development of personal abilities for social reintegration. The research design was descriptive, using mixed methods. Techniques used for data collection were structured observation and the Profile of Mood States (POMS). The study target was youth offenders who are institutionalized at a juvenile detention center in the city of Coimbra (Portugal). Results indicate that music therapy, for this population, largely reduces levels of anxiety and related stress and contributes to greater group cohesiveness in terms of improving social skills, particularly skills related to frustration.

Palabras clave

Jóvenes
Delincuencia
Musicoterapia
Método Orff
Rehabilitación
Integración social

Keywords

Youth
Delinquency
Music therapy
Orff Method
Rehabilitation
Social integration

Recepción: 9 de febrero de 2015 | Aceptación: 13 de mayo de 2015

* Profesor titular de la Universidad de Sevilla (España), Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Didáctica y Organización Educativa.. Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad de Sevilla. Líneas de investigación: formación del profesorado, atención a la diversidad del alumnado. Publicaciones recientes: (2014), "Strategies for Inclusion in the Face of Social Exclusion. Case study in Andalusia (Spain)", *European Journal of Special Needs Education*, vol. 29, núm. 3, pp. 415-428; (2013, en coautoría con A.M. Sobreiro (2013), "A autarquia na expansão e desenvolvimento da rede pública da educação préescolar em Portugal", *Revista Lusófona de Educação*, núm. 23, pp. 95-118. CE: batanero@us.es

** Musicoterapeuta en el centro educativo Dos Olivais, Coimbra (Portugal). Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad de Sevilla (España). Línea de trabajo: atención a la diversidad del alumnado. CE: felicio.jm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El uso de los sonidos y la música como elementos fundamentales del desarrollo global del individuo se han utilizado en culturas anteriores a la nuestra; la musicoterapia no constituye ninguna innovación, aunque el desarrollo de sus fundamentos científicos se encuentra en pleno progreso.

Han sido muchas las definiciones que se han elaborado del término musicoterapia, pero dada la amplia gama existente, nos referiremos a las que consideramos las más pertinentes para el presente trabajo. La National Association for Music Therapy (NAMT) la entiende como:

El uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud, tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir, a fin de que se pueda comprender mejor a sí misma y a su mundo, para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad (cit. en Sánchez Arjona, 2010: 1).

La musicoterapia constituye un camino que explora la dimensión humana en toda su complejidad, y contribuye a abrir canales de comunicación; su paulatina ramificación ha posibilitado nuevas y sólidas perspectivas de intervención.

A lo largo de la última década se han realizado multitud de investigaciones de aplicaciones de la musicoterapia en infinidad de contextos diferentes: en el ámbito de la educación especial (Ruiz, 2005; Salinas y Cotillas, 2010; Fernández Batanero y Cardoso, 2010; Arnau *et al.*, 2012, entre otros); en la salud (De Carvalho *et al.*, 2008; Chadi Tondatt y Correa, 2012; Tapiador y Pérez Robledo, 2012;

Oliveira *et al.*, 2014; Torres y Leal, 2014, entre otros); en cuestiones relacionadas con la mujer (Fernández de Juan, 2006; 2011); en contextos de riesgo de exclusión social (Valverde, 2014); en la tercera edad (Rodrigo, 1999; Lago, 2014); etc.

En el caso de la aplicación de la musicoterapia con menores infractores, es decir, menores de 18 años que realizan conductas tipificadas como delitos por las leyes penales vigentes, y que como consecuencia de ello son recluidos en centros tutelados, nos encontramos con una fuerte marginalidad de estudios en el contexto iberoamericano; los pocos que se han realizado apuntan más hacia la importancia de la existencia de profesionales en musicoterapia en estos centros de menores, y no tanto hacia los beneficios que esta técnica tiene en los menores infractores (Bueso y Diví, 2009).

Hablar de menores o jóvenes infractores institucionalizados implica referirse necesariamente a la conducta delictiva, y ésta es difícil de definir y medir, ya que infringir la ley puede ser un hecho aislado, un solo episodio de actos delictivos, actos delincuentes ocasionales pero repetitivos, o una continuada forma de vida. De esta manera, los actos delictivos pueden ir desde los pequeños delitos (de actuación de desorden, vandalismo) a los graves delitos contra las personas (asalto, robo) que pueden llevar a un acto criminal. En esta línea, Negreiros considera que la delincuencia se refiere a: “una amplia gama de actividades, tales como actos de agresión; robo, vandalismo, fugas u otros comportamientos que reflejan, en general, una violación de las reglas o expectativas socialmente establecidas” (2008: 12).

Por otro lado, Fonseca (2000) manifiesta que la delincuencia está relacionada con la conducta antisocial que lleva a los jóvenes a romper las leyes. De esta forma, entendemos que la delincuencia juvenil es un problema social en el que la persona asimila este fenómeno a un concepto diverso que se expresa en múltiples tipografías, magnitud y gravedad que los comportamientos pueden asumir.

En la sociedad portuguesa, en los últimos años, las cuestiones de marginalidad, violencia y delincuencia han pasado a ocupar un lugar central en el debate de la opinión pública, como problema social de primer orden. La delincuencia juvenil es una preocupación creciente de las sociedades contemporáneas, puesto que se trata de un fenómeno complejo, con gran visibilidad e impacto, pero que, por otro lado, asume contornos difusos y se caracteriza por una multitud de factores. Ahora bien, la delincuencia juvenil es, sin duda, uno de los síntomas más obvios de desequilibrio y del profundo malestar que la sociedad actual sufre; este tipo de delincuencia, a su vez, es una expresión de los trastornos psicológicos que se derivan de los problemas sociales.

Otro concepto relacionado con la delincuencia es el de la “rehabilitación social”. Este término aparece en Portugal en la década de 1980 y nos lleva a un proceso de reinserción del delincuente en la comunidad a la que pertenece, en el supuesto de que la persona adopte una conducta guiada por el deber jurídico-penal. Es un proceso basado en el respeto y la defensa de la dignidad humana, y tiene, en esencia, un carácter preventivo, ya que no se centra sólo en el agente considerado individualmente o integrado en el grupo de riesgo, sino que también considera la creación general de condiciones positivas de la socialización, y la posibilidad de evitar limitaciones externas al propio individuo y que pueden propiciar la realización del delito; es decir, la reinserción contiene siempre un proceso de socialización (integración social). En este contexto, los llamados “centros de menores”, como sustitutos funcionales de todos los agentes de socialización en cierta medida fracasados (familia, escuela, trabajo), se convierten en una institución matriz y modelo de las distintas formas de integración social. Cabe constatar que la integración social de los individuos se alcanza por medio de la institucionalización de un conjunto estructurado de normas que son vinculantes en la interacción

social de los centros de menores (Morente y Domínguez, 2009).

En Portugal, el Decreto Ley 126/2007, del 27 de abril, establece la estructura orgánica de la Dirección General de Reinserción Social (DGRS), y al mismo tiempo marca como objetivo prioritario mejorar los procesos de reinserción social de las personas menores de edad (entre 12 y 18 años), adultos jóvenes (entre 18 y 21 años) y adultos, en las esferas de la prevención de la delincuencia juvenil y la promoción de medidas penales alternativas a la prisión, cuando así es determinado por el tribunal.

La reinserción social nos lleva necesariamente a considerar el concepto de habilidades sociales, entendidas como un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan eficazmente en lo social. La carencia de habilidades sociales suele ser una característica de los adolescentes que entran en los sistemas de justicia juvenil, ya que suelen proceder de ámbitos donde se impone e interioriza un estilo de vida escasamente prosocial. Así, los jóvenes infractores suelen percibir menos señales sociales, son más propensos a interpretar la conducta de otras personas de una manera hostil y generan menos opciones para hacer frente a situaciones sociales complejas. A ello se unen los efectos negativos de la privación de libertad (Zaffaroni, 1991; Valverde Molina, 1997), entre ellos, las repercusiones en el desarrollo autónomo de la personalidad del menor, daños en la identidad, riesgos de pérdida de conciencia de la realidad, regresiones psíquicas y abandono social (Morente y Domínguez, 2009).

Así pues, y en la línea de la prevención, consideramos que la socialización mediante el uso de actividades musicales constituye un aspecto fundamental para la integración de los jóvenes, ya que contribuye en gran medida a la apertura de canales de comunicación. En este sentido, la musicoterapia aplicada a “jóvenes infractores” puede cumplir un papel muy importante en el proceso de integración

social, pues contribuye a provocar cambios en las emociones y sentimientos; modificar los estados del espíritu; facilitar el conocimiento profundo del mundo emocional del propio sujeto; suministrar la expresión verbal de los sentimientos; desarrollar la aceptación de sí mismos, de los demás y de la realidad; y desarrollar la autoestima, así como la mejora de las relaciones interpersonales.

De entre todos los métodos existentes nos centramos principalmente en los principios del método Orff, del compositor y pedagogo Carl Orff (Munich 1895-Munich 1982). Dicho autor toma como base el ritmo del lenguaje y da gran importancia al rico patrimonio tradicional lingüístico: rimas, refranes, trabalenguas, retahídas, etc. De esta manera, Orff creó y adaptó instrumentos musicales tradicionales (xilófonos, platillos, talófonos, d'jembe, maracas, reco-reco, guizeira tambor, tamborines, panderetas, flautas, entre otros) que producen sonidos más primarios y relacionados con la naturaleza. Nuestro trabajo pretende demostrar que el uso del método Orff, y la improvisación musical en la musicoterapia, puede ser un valioso aporte para la eliminación de problemas emocionales de los jóvenes infractores.

En esta línea, decidimos potenciar la participación directa de los sujetos en el proceso de creación musical, utilizando la música como un modo de expresión y medio para desarrollar la creatividad.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las razones que nos movieron a la realización de este estudio destacan cuatro fundamentalmente: la primera razón gira en torno al uso de la musicoterapia como instrumento terapéutico y como una forma socializadora no formal, que permite una gran adhesión de los jóvenes por ser un lenguaje universal. Por otro lado, la utilización intencional de la música, del sonido, es decir, de la musicoterapia, permite una clara expresión del sujeto; lo motiva y lo faculta, en términos reflexivos, para

una mayor aceptación y potenciación de sus aspectos comportamentales.

La segunda razón se fundamenta en la opinión de que en Portugal, y a semejanza de otros países europeos, el trabajo con niños y jóvenes en riesgo social, en virtud de la Ley Tutelar Educativa (Ley 166/99), se basa en un conjunto de procedimientos de regulación estandarizados y demasiado institucionalizados. Por ello, en los centros educativos encontramos fácilmente a jóvenes cuyas habilidades personales no están trabajadas o sólo funcionan cuando están bajo el alzado ministerial y de expertos. Por otro lado, los ambientes circundantes a estos niños y jóvenes están, además, parcamente trabajados, lo que se traduce en el regreso de los jóvenes, después de un periodo de sanción, a un contexto de riesgo social, ya sea territorial, familiar o de su grupo de pares. Así pues, sentimos la necesidad de crear y proponer una intervención de musicoterapia, no estandarizada, dirigida a las poblaciones en situación de vulnerabilidad y riesgo social. Partimos de la idea de que a través de las técnicas y métodos de musicoterapia es posible fortalecer las aptitudes personales y sociales de menores infractores; estas técnicas y métodos pueden servir como elementos de protección, en el sentido de fomentar el conocimiento de su trayectoria de vida, de sus potencialidades y disfuncionalidades, a fin de propiciar que asuman responsabilidades y que hagan elecciones conscientes y voluntarias.

Este estudio también se justifica por su contribución para el cambio en las estrategias de intervención psicosocial que desde 1999 se han mantenido sin haber dado los frutos deseados. Pretendemos contribuir a la propuesta de una metodología de intervención basada en aportaciones concretas de la musicoterapia que promueva un cambio de las prácticas de manera que los jóvenes y adolescentes se puedan identificar con ellas y, de esa manera, logren nuevas oportunidades de éxito en el proceso de inclusión social. De hecho, este movimiento en Portugal se encuentra en una fase ascendente,

lo que puede constatarse a través del aumento del apoyo a fundaciones como Calouste Gulbenkian y su proyecto de “Reintegración social a través del arte”. Es éste uno de los muchos ejemplos de que la conciencia social de los técnicos y especialistas que trabajan con poblaciones en riesgo de exclusión social está cambiando, y que se están buscando soluciones alternativas y no formales de inclusión social.

Por último, otra de las razones que justifican nuestro trabajo es la escasez de estudios en el ámbito iberoamericano en relación con la aplicación de la musicoterapia en contextos de riesgo de exclusión social, concretamente con jóvenes infractores institucionalizados.

Las preguntas que guían esta investigación son: ¿es posible fortalecer las aptitudes personales y sociales de los jóvenes infractores a través de la música? ¿Constituye la musicoterapia una técnica eficaz para mejorar el estado emocional estos jóvenes? ¿Puede la musicoterapia reducir los niveles de ansiedad, estrés relacional y frustración de estos jóvenes? ¿En qué medida puede contribuir la música a la reinserción social de menores infractores?

DISEÑO Y METODOLOGÍA

A partir de estas interrogantes, el proyecto de investigación se propuso como objetivo principal, por un lado, comprobar si a través de la musicoterapia, con la adaptación del método Orff, los menores infractores institucionalizados mejoran su estado de ánimo y su estabilidad emocional, y si ello propicia el desarrollo

de sus habilidades personales para ampliar el carácter protector frente a aspectos contextuales adversos. Por otro lado, verificar cómo la utilización de la voz, como instrumento musical, y nuevos ritmos musicales como el hip-hop, contribuyen a reducir al mínimo las dificultades de reinserción en la sociedad.

Para dar respuesta a los problemas de investigación planteados, optamos por un diseño de investigación de estudio de casos de carácter descriptivo, a partir del cual el enfoque de recolección y análisis de datos se definió como mixto (metodología cuantitativa y cualitativa). Las técnicas destinadas a la recogida de la información fueron las “guías de observación” y “la escala de perfil de estados de ánimo” (Profile of Mood States, POMS) aplicado a menores o jóvenes infractores institucionalizados en diferentes sesiones de musicoterapia.

Contexto general y muestra

El estudio se desarrolló en el centro educativo Dos Olivais (CEO), ubicado en la ciudad de Coimbra (Portugal). La historia del centro se funde con la historia del derecho de los menores en Portugal, ya que éste fue creado por la Ley de la Protección de la Infancia promulgada en 1911. Actualmente en el centro se encuentran recluidos 40 jóvenes, distribuidos en tres unidades residenciales, dos en régimen semi-abierto y una de régimen cerrado.

La muestra, una vez obtenidos los correspondientes permisos judiciales, quedó formada por seis jóvenes. Todos accedieron de manera voluntaria a las sesiones de musicoterapia.

Cuadro 1. Características de la muestra

Sujetos	Edad	Tiempo en la institución	Tipo de régimen
1	18 años	8 meses de los 24 establecidos	Cerrado
2	16 años	9 meses de los 24 establecidos	Semi-abierto
3	17 años	5 meses de los 8 establecidos	Cerrado
4	17 años	17 meses de 18 establecidos	Semi-abierto
5	18 años	5 de los 6 meses establecidos	Abierto
6	18 años	3 de los 12 meses establecidos	Abierto

Fuente: elaboración propia.

La vinculación anterior de estos jóvenes con la música era la normal que suelen mantener todos los adolescentes con los nuevos estilos musicales, a través de los cuales construyen su identidad con la forma de vestir, el lenguaje etc. Ninguno de ellos formaba parte de ninguna estructura musical, grupal o a título individual.

Instrumentos

La guía propuesta de observación en musicoterapia se compone de 10 dimensiones: ritmo, tiempo, melodía, expresión musical, manifestación de comportamientos violentos, responsabilidad, relaciones interpersonales, participación, agresión y autoagresión.

Cuadro 2. Relación entre la red de observación y la lectura psicosocial de la misma

Dimensiones		Musicoterapia	Psicosocial
Ritmo constante		Batimiento equilibrado y regular; expresión del sonido relacionado con la improvisación; buena coordinación motora	Capacidad de liderazgo; ser respetado; preocupación por los demás; actitud reflexiva y equilibrada
Ritmo inconstante		Cambio rítmico resistente; agresivo en la ejecución; dependiente (las direcciones rítmicas); cambio con facilidad del archivo; reacciona instintivamente	Resistentes al cambio (en relación con el "yo" y "otros"); inseguridad; falta de autoestima; impulsivo respecto al otro y sus diferencias; provocación
Repeticiones de los motivos		Memoria ritmos de antemano entrenados	Miedo a que se rían; defensa; miedo de fracasar delante del grupo o cualquier miembro del grupo
Variedad rítmica		Cambia constantemente el ritmo	Inestabilidad emocional; inseguridad; irritación; tristeza; euforia
Tiempo	Silencios		Escucha al grupo; reflexivo; escucha o presta atención a alguien en particular
	Cambios tiempo	<i>Rápido</i> : participa siempre rápido; acelera con demasiada frecuencia <i>Moderado</i> : respeta las alteraciones de tiempo <i>Lento</i> : ejecuta muy lentamente y fuera de tiempo	<i>Rápido</i> : impulsividad; falta de coordinación motora; actitud provocativa <i>Moderado</i> : equilibrio, atención, reflexión, quiere hacerlo bien, coordinación <i>Lento</i> : indiferencia; confusión; alienación; nostalgia; tristeza
	Actitud individual	Escuchar los sonidos cuando está solo	Equilibrio; reflexión; introversión
		No escucha los sonidos cuando está solo	Indiferencia; confusión; alienación
Melodía	Actitud colectiva	Escucha los sonidos cuando está con los demás	Sociabilidad; equilibrio;
		No escucha los sonidos cuando está con los demás	Confusión; pequeña reflexión
	Intensidad	Revela mucha intensidad en su expresión musical	Intervención; independencia; dinamismo; extroversión
		Revela poca intensidad en su expresión musical	Indiferencia; apatía; introversión; dependencia
Expresión musical	Interpretación	Interpreta con precisión	Intervención; dinamismo; organización
		Interpreta con poco rigor o ningún rigor	Indiferencia; apatía

Cuadro 2. Relación entre la red de observación y la lectura psicosocial de la misma (continuación)

Dimensiones		Musicoterapia	Psicosocial
Manifestación de comportamientos violentos	Heteroagresión	Manifiesta comportamientos violentos hacia los demás	Desequilibrio emocional; inestabilidad; valores de conducta no interiorizados
		No manifiesta comportamientos violentos hacia los demás	Equilibrio emocional; estabilidad; valores de conducta interiorizados
	Auto agresión	Manifiesta comportamientos violentos hacia sí mismo	Desequilibrio emocional; inestabilidad; autocastigo; no autoaceptación
		No manifiesta un comportamiento violento hacia sí mismo	Equilibrio emocional; estabilidad; aceptación de uno mismo
Responsabilidad		Cuida de los materiales	Organización; planificación de la capacidad; estabilidad
		No cuida de los materiales	Desorganización; falta de capacidad de planificación; confusión
		Guarda los materiales	Organización; capacidad de planificación
		No guarda los materiales	Desorganización; falta de capacidad de planificación; confusión
Relación interpersonal		Respeto el turno del otro	Interiorización de reglas; respeto por los demás
		Ayuda al otro	Cooperación; solidaridad
		Respeto la opinión del otro	Respeto por el otro; aceptación de la diferencia
Participación		Espontáneo	Extroversión; transparencia
		Sólo cuando se le solicita	Inseguridad; indiferencia
		No hay respuesta cuando se le solicita	Inseguridad; apatía; confusión
		Responde cuando el turno es del otro	Autoritarismo; ignorancia de las reglas de socialización; falta de sentido de oportunidad
Heteroagresión		Físico-verbal; coacción psicológica; amenazas; calumnias	Falta de interiorización de normas de conducta; necesidad de autoafirmación; baja autoestima; modelos educativos de agresión y amenaza; sentimientos de inferioridad
Auto agresión		Física	Baja autoestima

Fuente: elaboración propia.

Para la validación de la guía de entrevistas se seleccionó a un grupo de expertos compuesto por cuatro profesores universitarios del área de didáctica de la música y dos expertos en musicoterapia. Para su selección se utilizó el procedimiento de *coeficiente de competencia experta* o *coeficiente K* obtenido mediante la aplicación de la siguiente fórmula: $K=1/2 (K_c + K_a)$, donde K_c es el *coeficiente de conocimiento* o

información que tiene el experto acerca del tema o problema planteado; y K_a es el denominado *coeficiente de argumentación* o fundamentación de los criterios de los expertos (Cabero y Barroso, 2013). En nuestro caso, el coeficiente K fue superior a 0.8 en cinco de los seis expertos seleccionados (tres profesores universitarios y dos expertos en musicoterapia), lo que denota un grado de competencia muy aceptable. Las estimaciones

de los expertos se realizaron en sucesivas rondas, anónimas, con el fin de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes (método Delphi).

En relación a la segunda técnica de recogida de información, la escala POMS (Profile of Mood States) evalúa el estado de ánimo atendiendo a múltiples estados específicos (Watson y Clark, 1997), y originalmente se compone de 65 adjetivos, distribuidos en seis dimensiones. En nuestro caso, se utilizó una adaptación de la escala original POMS al portugués (Viana *et al.*, 2001). Con base en criterios tanto psicométricos como semánticos, la escala quedó reducida a 42 ítems referidos a siete estados afectivos: fatiga, vigor, hostilidad, depresión, confusión, tensión y amistad. Cada ítem fue valorado siguiendo un formato tipo Likert, con cinco alternativas de respuesta, que fluctuaban desde 0 (nada) hasta 5 (mucha) (Anexo 1).

Dicha escala fue aplicada por el psicólogo de la institución, dos horas antes y dos horas después de cada una de las seis sesiones de musicoterapia realizadas. Cada uno de los períodos de sesiones de musicoterapia tuvo una duración total de aproximadamente 45 minutos, divididos en ocho momentos.

RESULTADOS

Para una mejor comprensión, se procedió al análisis de datos de las siete dimensiones de la POMS, en dos condiciones: una primera de forma general, es decir, todas las sesiones para todos los sujetos, y una segunda por cada sesión para todos los sujetos.

En la Tabla 1 se presenta el resultado global de las seis sesiones y de los seis individuos, antes de la sesión terapéutica (a la que se le llamó “momento pre”) y los resultados de las mismas dimensiones tras la sesión terapéutica (a la que se llamó “momento post”).

Tabla 1. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS

Dimensión	Sesión					P
	Pre		Post		Z	
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	5.37	3.41	3.22	2.59	3.74	0.00*
Depresión-melancolía (D)	3.57	3.45	1.83	6.57	2.69	0.00*
Hostilidad-ira (H)	2.26	3.31	2.18	4.04	4.34	0.00*
Fatiga (F)	2.80	3.46	0.86	2.79	3.25	0.00*
Vigor-actividad (V)	12.23	6.77	15.74	7.17	3.26	0.00*
Confusión-desorientación (C)	7.14	2.99	5.37	3.41	2.63	0.00*
Perturbación total del humor	108.91	18.6	100.48	14.16	4.01	0.00*

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvió estándar; *p≤0.05; ns=no significativo.

En la Tabla 1 se observa que al nivel de significancia de 0.05, existen diferencias entre el momento pre y el momento post en relación a todas las dimensiones de la POMS. Con respecto a las dimensiones, sus valores medios eran menores después de la sesión de musicoterapia: tensión-ansiedad ($Z=3.74$; $p\leq 0.05$);

depresión-melancolía ($Z=2.69$; $p\leq 0.05$); hostilidad-ira ($Z=4.34$; $p\leq 0.05$); fatiga ($Z=3.25$; $p\leq 0.05$); confusión-desorientación ($Z=2.63$; $p\leq 0.05$); perturbación total del humor ($Z=4.01$; $p\leq 0.05$). Sólo en la dimensión vigor-actividad el valor medio fue mayor al término de la sesión de musicoterapia ($Z=3.26$; $p\leq 0.05$).

En el análisis sesión a sesión, se investigó individualmente cada una (en un total de seis) a fin de verificar la existencia de ganancias positivas para los sujetos. Para cada sesión fueron analizados los resultados de las dimensiones de la POMS, tanto en el momento pre como en el post.

Con respecto a la sesión 1 (Tabla 2), no existen diferencias estadísticas entre el

momento pre y post en relación a todas las dimensiones de la POMS al nivel de significancia de 0.05: tensión-ansiedad ($Z=1.37$; $p>0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.84$; $p>0.05$); hostilidad-ira ($Z=2.06$; $p>0.05$); fatiga ($Z=1.86$; $p>0.05$); confusión-desorientación ($Z=1.05$; $p>0.05$); vigor-actividad ($Z=0.42$; $p>0.05$) y perturbación total del humor ($Z=1.99$; $p>0.05$).

Tabla 2. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon del análisis general POMS (sesión 1)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	5.33	3.08	3.16	1.72	1.37	0.17ns
Depresión-melancolía (D)	4.50	3.61	1.50	1.38	1.84	0.44ns
Hostilidad-ira (H)	1.17	0.98	3.17	3.19	2.06	0.63ns
Fatiga (F)	3.16	4.17	0.67	1.03	1.86	0.12ns
Vigor-actividad (V)	10.83	5.0	12.83	7.25	0.42	0.72ns
Confusión-desorientación (C)	8.83	2.06	5.83	3.25	1.05	0.34ns
Perturbación total del humor	112.2	13.96	102.67	8.80	1.99	0.06ns

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

En relación a la sesión 2 (Tabla 3), al nivel de significancia de 0.05 no existen diferencias entre el momento pre y el post en relación a todas las dimensiones de la POMS: tensión-ansiedad ($Z=1.19$; $p>0.05$); depresión-melancolía

($Z=1.47$; $p>0.05$); hostilidad-ira ($Z=1.83$; $p>0.05$); fatiga ($Z=1.49$; $p>0.05$); confusión-desorientación ($Z=0.55$; $p>0.05$); vigor-actividad ($Z=0.63$; $p>0.05$) y perturbación total del humor ($Z=1.62$; $p>0.05$).

Tabla 3. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS (sesión 2)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	5.16	1.94	3.50	2.66	1.19	0.34ns
Depresión-melancolía (D)	2.00	2.09	0.50	0.84	1.47	0.25ns
Hostilidad-ira (H)	2.16	2.64	1.66	1.63	1.83	0.12ns
Fatiga (F)	2.33	2.25	0.33	0.82	1.49	0.18ns
Vigor-actividad (V)	14.33	5.82	16.16	7.19	0.63	0.62ns
Confusión-desorientación (C)	5.50	2.95	5.16	4.02	0.55	0.75ns
Perturbación total del humor	102.83	11.21	95.83	9.76	1.62	0.18ns

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

En lo que concierne a la sesión 3 (Tabla 4), no se manifiestan diferencias estadísticas entre el momento pre y el post en relación a todas las dimensiones: tensión-ansiedad ($Z=1.30$; $p>0.05$); depresión-melancolía ($Z=0.14$; $p>0.05$);

hostilidad-ira ($Z=1.60$; $p>0.05$); fatiga ($Z=1.00$; $p>0.05$); confusión-desorientación ($Z=0.18$; $p>0.05$); vigor-actividad ($Z=1.08$; $p>0.05$) y perturbación total del humor ($Z=0.96$; $p>0.05$).

Tabla 4. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS (sesión 3)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	4.50	3.80	3.50	2.66	1.30	0.37ns
Depresión-melancolía (D)	1.33	1.63	1.33	2.06	0.14	1.00ns
Hostilidad-ira (H)	0.50	0.84	1.33	1.63	1.60	0.25ns
Fatiga (F)	0.67	1.63	0.00	0.00	1.00	1.00ns
Vigor-actividad (V)	15.3	7.61	17.66	7.63	1.08	0.37ns
Confusión-desorientación (C)	5.50	3.33	5.67	3.14	0.18	1.00ns
Perturbación total del humor	97.17	12.08	94.33	9.44	0.96	0.50ns

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

En la sesión 4 (Tabla 5), se observa la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el momento pre y el post relativas a las dimensiones de la POMS: tensión-ansiedad ($Z=2.02$; $p\leq 0.05$); hostilidad-ira ($Z=2.02$; $p\leq 0.05$); fatiga ($Z=2.03$; $p\leq 0.05$);

confusión-desorientación ($Z=2.02$; $p\leq 0.05$); perturbación total del humor ($Z=2.03$; $p\leq 0.05$). Así pues, se puede concluir que el valor medio de las dimensiones fue menor al término de la sesión de musicoterapia.

Tabla 5. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS (sesión 4)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	8.40	5.03	2.80	3.27	2.02	0.04*
Depresión-melancolía (D)	7.40	12.72	0.00	0.00	1.83	0.07ns
Hostilidad-ira (H)	6.40	5.59	5.40	9.37	2.02	0.04*
Fatiga (F)	5.00	4.00	0.00	0.00	2.03	0.04*
Vigor-actividad (V)	10.80	7.34	14.60	8.23	1.48	0.13ns
Confusión-desorientación (C)	8.60	1.67	4.40	3.57	2.02	0.04*
Perturbación total del humor	125.00	26.00	100.20	9.68	2.03	0.04*

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

En relación a las dimensiones vigor-actividad ($Z=1.48$; $p>0.05$) y depresión-melancolía ($Z=1.83$; $p>0.05$), se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas.

En la sesión 5 (Tabla 6), se puede observar la no existencia de diferencias estadísticamente

significativas entre el momento pre y post en las diferentes dimensiones: tensión-ansiedad ($Z=1.65$; $p>0.05$); depresión-melancolía ($Z=0.00$; $p>0.05$); hostilidad-ira ($Z=1.22$; $p>0.05$); fatiga ($Z=0.18$; $p>0.05$); confusión-desorientación ($Z=1.00$; $p>0.05$); perturbación total del humor ($Z=0.36$; $p>0.05$).

Tabla 6. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS (sesión 5)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	5.67	3.67	4.16	3.54	1.65	0.09ns
Depresión-melancolía (D)	4.00	7.42	7.00	15.69	0.00	1.00ns
Hostilidad-ira (H)	2.00	3.16	0.67	2.58	1.22	0.22ns
Fatiga (F)	4.17	5.04	4.00	6.06	0.18	0.85ns
Vigor-actividad (V)	10.83	5.77	16.67	7.53	2.21	0.03*
Confusión-desorientación (C)	7.83	2.56	7.16	3.60	1.00	0.32ns
Perturbación total del humor	112.83	21.04	111.67	24.16	0.36	0.71ns

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

Contrario a lo anterior, en la dimensión vigor-actividad se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el momento pre y el post de la sesión de musicoterapia, de modo que su valor medio fue superior después de la sesión ($Z=2.21$; $p\leq 0.05$). Ello denota

que el estado de vigor-actividad aumentó como consecuencia de la sesión.

Por último, en la sesión 6 (Tabla 7), se observa evidencia de que existen diferencias entre el momento pre y el post en relación a todas las dimensiones de la POMS.

Tabla 7. Media, desviación típica y valores del tests de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS (sesión 6)

Dimensión	Pre		Post		Z	P
	Media	DE	Media	DE		
Tensión-ansiedad (T)	2.06	3.66	2.14	2.16	1.47	0.01*
Depresión-melancolía (D)	3.18	2.83	0.52	0.33	1.60	0.01*
Hostilidad-ira (H)	2.89	2.50	1.89	2.00	1.83	0.05*
Fatiga (F)	2.04	1.83	0.00	0.00	1.63	0.01*
Vigor-actividad (V)	9.58	11.50	7.65	16.33	1.60	0.01*
Confusión-desorientación (C)	4.13	7.33	3.37	3.83	1.82	0.05*
Perturbación total del humor	20.11	106.16	14.52	98.17	1.89	0.05*

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvío estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

Con relación a las siguientes dimensiones: tensión-ansiedad ($Z=1.47$; $p\leq 0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.60$; $p\leq 0.05$); hostilidad-ira ($Z=1.83$; $p\leq 0.05$); fatiga ($Z=1.63$; $p\leq 0.05$); confusión-desorientación ($Z=1.82$; $p\leq 0.05$); perturbación total del humor ($Z=1.89$; $p\leq 0.05$), se concluye que su valor medio fue menor al término de la sesión de musicoterapia. Es decir, que la sesión hizo disminuir los estados de humor que, inicialmente, perturbaban enormemente el desarrollo de la sesión. En relación a

la dimensión vigor-actividad, su valor medio aumentó después de la sesión de musicoterapia ($Z=1.60$; $p\leq 0.05$).

En lo que respecta al análisis sujeto a sujeto, pretendíamos comprender qué ganancias presentaba cada individuo después de las sesiones de musicoterapia. En este sentido, en los seis sujetos analizados se encontraron diferencias significativas entre el momento pre y el post, en relación con las correspondientes dimensiones de la POMS.

Tabla 8. Valores del test de Wilcoxon relativos al análisis general de POMS

	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5		Sujeto 6	
	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P
Tensión-ansiedad (T)	2.01	0.04*	1.51	0.13ns	0.46	0.25ns	1.84	0.06ns	1.63	0.06	1.08	0.05*
Depresión-melancolía (D)	1.83	0.05*	1.63	0.10ns	0.68	0.34ns	1.15	0.05*	1.63	0.12	0.18	0.12ns
Hostilidad-ira (H)	2.02	0.04*	2.03	0.04*	1.75	0.05*	2.21	0.02*	1.60	0.12	1.34	0.25ns
Fatiga (F)	2.06	0.04*	0.18	0.85ns	1.60	0.12ns	1.08	0.06ns	1.63	0.12	1.34	0.25ns
Vigor-actividad (V)	1.47	0.14ns	2.04	0.04*	0.73	0.28ns	0.95	0.05*	1.48	0.03*	1.76	0.03*
Confusión-desorientación (C)	1.09	0.25ns	1.51	0.13ns	0.74	0.29ns	1.62	0.06ns	1.48	0.03*	0.45	0.25ns
Perturbación total del humor	1.99	0.04*	1.79	0.04*	1.46	0.12ns	1.78	0.02*	2.03	0.03*	0.55	0.12ns

Fuente: elaboración propia. Nota: DP=desvió estándar; * $p\leq 0.05$; ns=no significativo.

Con respecto al *sujeto 1*, las diferencias significativas se producen en las siguientes dimensiones: tensión-ansiedad ($Z=2.01$; $p\leq 0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.83$; $p\leq 0.05$); hostilidad-ira ($Z=2.02$; $p\leq 0.05$); fatiga ($Z=2.06$; $p\leq 0.05$); y perturbación total del humor ($Z=1.99$; $p\leq 0.05$), es decir que su valor medio era menor al término de las sesiones de musicoterapia. En las dimensiones vigor-actividad ($Z=1.47$; $p>0.05$) y confusión-desorientación ($Z=1.09$; $p>0.05$), no existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al *sujeto 2*, las diferencias estadísticas significativas entre el momento pre y el post se manifiestan en: hostilidad-ira ($Z=2.03$; $p\leq 0.05$); y perturbación total del humor ($Z=1.79$; $p\leq 0.05$), en donde el valor medio fue menor al terminar la sesión de musicoterapia,

contrariamente a la dimensión vigor-actividad ($Z=2.04$; $p\leq 0.05$), es decir, su valor medio era menor al término de las sesiones de musicoterapia. En lo que respecta a las dimensiones tensión-ansiedad ($Z=2.01$; $p>0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.83$; $p>0.05$); fatiga ($Z=2.06$; $p>0.05$); y confusión-desorientación ($Z=1.09$; $p>0.05$), no existen diferencias estadísticamente significativas.

En el *sujeto 3* se manifiesta la existencia de diferencias entre el momento pre y el post relativas a la dimensión hostilidad-ira: ($Z=1.75$; $p\leq 0.05$), ya que su valor medio fue menor al término de la sesión de musicoterapia.

El *sujeto 4* muestra diferencias significativas entre el momento pre y el post en las siguientes dimensiones: hostilidad-ira ($Z=2.21$; $p\leq 0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.15$; $p\leq 0.05$);

y perturbación total del humor ($Z=1.78$; $p\leq0.05$). Se concluye que el valor medio de estas dimensiones fue menor al término de las sesiones de musicoterapia, contrariamente a la dimensión vigor-actividad ($Z=2.04$; $p\leq0.05$), cuyo valor medio aumentó.

En cuanto al *sujeto 5*, las diferencias significativas se producen en la dimensiones: confusión-desorientación ($Z=1.48$; $p\leq0.05$); y perturbación total del humor ($Z=2.03$; $p\leq0.05$), en donde el valor medio fue menor al finalizar las sesiones de musicoterapia, contrariamente a la dimensión vigor-actividad ($Z=1.48$; $p\leq0.05$), en la que el valor medio aumentó. No se muestran diferencias respecto a las dimensiones: tensión-ansiedad ($Z=1.63$; $p>0.05$); depresión-melancolía ($Z=1.63$; $p>0.05$); hostilidad-ira ($Z=1.60$; $p>0.05$) y fatiga ($Z=1.63$; $p>0.05$).

Por último, en el *sujeto 6* las diferencias estadísticamente significativas se manifiestan en tensión-ansiedad ($Z=1.08$; $p\leq0.05$), cuyo valor medio decreció después de las sesiones de musicoterapia, contrariamente a la dimensión vigor-actividad ($Z=1.76$; $p\leq0.05$) en donde el valor medio aumentó. Por el contrario, no se evidencian diferencias significativas en las dimensiones: depresión-melancolía ($Z=0.18$; $p>0.05$); fatiga ($Z=1.34$; $p>0.05$); hostilidad-ira ($Z=1.34$; $p>0.05$); perturbación total del humor ($Z=0.55$; $p>0.05$) y confusión-desorientación ($Z=0.45$; $p>0.05$).

Tras el análisis de la POMS se encontró, en una apreciación general, la existencia de diferencias entre el tiempo pre y post, en todas las dimensiones. Es decir que el valor medio de las dimensiones tensión-ansiedad, depresión y melancolía, hostilidad-ira, fatiga, confusión y desconcierto, y desorganización total del estado de ánimo, fue menor después de las sesiones de musicoterapia. En relación con la dimensión de fuerza, el valor promedio fue mayor al finalizar la sesión de musicoterapia.

De una manera general, nuestras unidades de análisis se alinean con los resultados

obtenidos anteriormente en el Cuadro 2, de observación/evaluación.

En la dimensión *ritmo*, las dos primeras reuniones revelaron las dificultades normales del grupo de constituirse como tal, desde el punto de vista de la cohesión; conforme la intervención con musicoterapia fue avanzando, el grupo mostró una mayor capacidad para obtener un ritmo constante.

En lo que respecta a la dimensión del *tiempo*, concretamente “tiempo rápido”, el sujeto mostró una tendencia a ejecutar siempre de forma rápida la tarea que se estaba proponiendo y enfrentó dificultades para el auto-control. En una intensidad moderada, mostró capacidades de concentración, fue atento y respetó los cambios en el tiempo de ejecución de las tareas requeridas. En relación con el “tiempo lento”, el sujeto mostró dificultad en la concentración, realizó las tareas muy lentamente y a menudo se encontró fuera de contexto.

En cuanto al *comportamiento*, la intensidad moderada de tarea se presentó como la más pertinente, y mostró que el sujeto se encuentra bien; que quiere y puede hacer de forma adecuada las tareas solicitadas. Por otro lado, trata de cumplir con su entorno, y da cuenta de cuándo y cómo tiene que cambiar de actitud, a fin de adaptarse mejor al medio externo.

En cuanto a la *melodía*, y obedeciendo a nuestros principios, el paradigma siempre fue la improvisación, a fin de favorecer la expresión de la totalidad de los componentes emocionales y la demanda de identificación y cohesión. Dado que la observación de la conducta de cada actitud nos permite percibir lo que está sucediendo en torno al sujeto, podemos manifestar que éstos fueron siempre muy receptivos a los problemas individuales y al método aplicado por nosotros.

En la dimensión *expresión musical*, los sujetos realizaron una lectura pragmática de las comunicaciones en términos extremos (de dinamismo a apatía). El grupo adoptó una actitud proactiva en las sesiones de musicoterapia; manifestó un desempeño adecuado,

atento y de verdadero interés en composición musical, que sirvió, una vez más, como un momento de relajación y antesala para el futuro diálogo.

En lo que se refiere a la dimensión *participación/interés*, se da por cumplido cuando se puede relacionar con la dimensión de *expresión musical*, ya que ambas mostraron una lectura pragmática del comportamiento de los sujetos.

Al revisar los datos obtenidos, y en relación con la dimensión *responsabilidad*, se observa que el comportamiento del grupo se fue ajustando a las normas sociales grupales impuestas. El hecho de ser una actividad de interés de los jóvenes, con la que se pueden identificar, revela que tienen habilidades sociales adecuadas para la sociabilidad que se requiere para la supervivencia y el mantenimiento del grupo; se observaron comportamientos como organización, responsabilidad, respeto a los demás y transparencia en la intencionalidad de sus acciones.

En cuanto a la dimensión de *heteroagresión*, se verificaron algunos comportamientos de agresividad poco significativos, por lo cual pueden ser interpretados como adecuados, dada la etapa de la vida en la que se encuentran estos jóvenes. Debe tenerse en cuenta que estos rasgos de la personalidad pueden convertirse rápidamente en comportamientos de gran agresividad, debido a la baja tolerancia a la frustración que suelen presentar, ya que han vivido y sufrido de actitudes abusivas constantes.

No nos parecieron significativos los datos obtenidos en la dimensión de la *agresión*, de conformidad con el medio físico-verbal. Como se puso de manifiesto en las sesiones, el estrés emocional que experimentan los jóvenes infractores puede ser mayor que el de otros jóvenes, y por lo tanto, es natural que necesiten de mayor atención o presenten una mayor vulnerabilidad emocional. En la dimensión psicológica, los datos obtenidos son satisfactorios en términos de las habilidades personales de los sujetos participantes.

Se concluyó, por tanto, que a pesar de la cohesión del grupo, de los momentos de satisfacción y tensión emocional, los jóvenes que participaron en este estudio no pueden comportarse de manera diferente, pues están sometidos a un alto estrés emocional. Sin embargo, el aspecto más positivo es que después de la intervención, los resultados permiten consolidar la creencia de que el uso de la música en las sesiones de terapia es muy enriquecedor, pues constituye una forma de liberación característica que es difícil de lograr con las técnicas de la comunicación oficial.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la implementación de la musicoterapia en los centros tutelados con jóvenes infractores sólo aporta ventajas, ya que contribuye en gran medida a cambiar los comportamientos sociales y personales de estos jóvenes. Los participantes mejoraron significativamente sus niveles de tensión-ansiedad, depresión-melancolía, hostilidad-ira, fatiga, confusión-desorientación, y alteración del humor. Durante el transcurso de las sesiones de musicoterapia, el grupo mostró una mayor capacidad para explorar sus experiencias y el uso de sus referencias para los objetivos más positivos.

Los resultados de la evaluación de las sesiones de musicoterapia muestran la evolución significativa de los jóvenes en todas las dimensiones:

- *Ritmo*: el grupo mostró una mayor capacidad de obtener un ritmo constante frecuente, a excepción de la sesión 5, ya que ese día se suscitó un episodio de agresión que condicionó de alguna manera la sesión de musicoterapia.
- *Tiempo*: los jóvenes mostraron una mayor concentración y se dieron cuenta de cuánto y cómo tiene que cambiar su actitud para que se ajusten mejor

al contexto externo. Se llegó a una relación de mayor empatía y confianza entre todos.

- *Melodía*: el grupo mostró una mayor capacidad de escucha activa de los sonidos individualmente. En general, los sujetos fueron muy receptivos a los problemas individuales del método aplicado por haber contribuido a la formación de las reglas y normas de funcionamiento, así como a otros mecanismos de organización de grupos, como es “la presión del grupo”, “la construcción de sistemas de referencia” y la “pertenencia a un grupo”.
- *Expresión musical, participación e interés*: el grupo logró adquirir un desempeño adecuado, atento y de verdadero interés en composición musical que sirvió para los momentos de relajación, permitiendo el diálogo entre paciente y terapeuta.
- *Responsabilidad*: el grupo logró modificar su comportamiento una vez ajustado al grupo y a las normas sociales impuestas, en la medida en que fue capaz de mostrar las aptitudes necesarias

para la sociabilidad, la supervivencia y el mantenimiento del grupo. Este comportamiento se manifiesta en actitudes de respeto para con los demás y transparencia en la intencionalidad de sus acciones.

- *Heteroagresión*: los comportamientos agresivos fueron poco significativos, ya que mejoraron a lo largo de la intervención.
- *Autoagresión*: en la dimensión psicológica, los jóvenes adquirieron las competencias personales básicas que contribuyeron a la reducción de los niveles de ansiedad y estrés relacional, lo que permitió una mayor cohesión de grupo.

Por último, otra de las conclusiones de nuestro estudio es que la terapia con música, en esta población, reduce en gran medida los niveles de ansiedad y estrés relacional y así contribuye a una mayor cohesión del grupo. Al mismo tiempo, mejora las habilidades sociales, especialmente de aquellos sujetos que experimentan comportamientos relacionados con la frustración.

REFERENCIAS

- ARNAU, María José, María Carbonell y Leticia Manchado (2012), “Musicoteràpia amb alumnes d’educació especial”, *Forum de Recerca*, núm. 17, pp. 903-912.
- BUESO, Isabel y Miguel Ángel Diví (2009), “Musicoterapia en centros de menores. Música, terapia y comunicación”, *Revista de Musicoterapia*, núm. 29, pp. 13-20.
- CABERO, Julio y Julio Barroso (2013), “La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el coeficiente de competencia experta”, *Bordón*, vol. 65, núm. 2, pp. 25-38.
- CHADI Tondatti, Paula e Ione Correa (2012), “Use of Music and Play in Pediatric Nursing Care in the Hospital Context”, *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 30, núm. 3, pp. 362-370.
- DE CARVALHO Gonçalez, Daniele Fernanda, Ana Teresa De Oliveira Nogueira y Ana Claudia Puggina (2008), “O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica”, *Cogitare Enferm*, vol. 13, núm. 4, pp. 591-596.
- Decreto-Lei n. 126/2007 de 27 de abril, Ministério da Justiça de Brasil, en: <http://diario.vlex.pt/vid/decreto-lei-33467702> (consulta: 16 de octubre de 2014).
- FERNÁNDEZ Batanero, José María y Micaela Cardoso (2010), “A influência do método de musicoterapia de John Bean e da musicoterapia em geral na representação espacial do corpo de pessoas com paralisia cerebral (2004-2010)”, *Revista Brasileira de Educação Especial*, vol. 16, núm. 3, pp. 343-358.
- FERNÁNDEZ de Juan, Teresa (2006), “Hacia un nuevo camino: programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas”, *Enseñanza e Investigación*

- en *Psicología*, vol. 11, núm. 1, enero-junio, pp. 65-79.
- FERNÁNDEZ de Juan, Teresa (2011), "Musicoterapia en Cuba: aplicación de un programa piloto con mujeres víctimas de violencia doméstica", *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 16, núm. 1, enero-junio, pp. 183-205.
- FONSECA, António Duarte (2000), *Menores e justiça tutelar. A actividade jurisdiccional entre 1989 e 1998 relativamente a problemáticas da infância e juventude*, Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Justiça.
- LAGO, Pilar (2014), "La formación del educador social en musicoterapia para trabajar en contextos de riesgo", en Cristina Sánchez (coord.), *Formación y desarrollo profesional del educador social en contextos de riesgo*, Madrid, UNED, pp. 227-269.
- Lei n 166/99 de 14 septiembre, Ministério da Justicia de Brasil, en: <http://digestoconvidados.dre.pt/digesto//pdf/LEX/99/106735.PDF> (consulta: 11 de septiembre de 2014).
- MORENTE, Felipe y Mario Domínguez (2009), "Menores infractores en instituciones de reforma. Una mirada desde dentro", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 126, pp. 71-106, en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_126_031238570813640.pdf (consulta: 9 de junio de 2014).
- NEGREIROS, Maria (2001), "As representações sociais da profissão de serviço social", *Intervenção Social*, vol. 11, núm. 12, pp. 81-105.
- OLIVEIRA, Marilise, Gleidson Oselane, Eduardo Naves y Elia Machado de Oliveira (2014), "Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde:uma revisão sistemática", *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, vol. 12, núm. 2, pp. 871-878.
- RODRIGO, María Soledad (1999), "La musicoterapia en la tercera edad. Música y educación", *Revista Trimestral de Pedagogía Musical*, vol. 12, núm. 38, pp. 45-64.
- RuÍZ, Yasmina María (2005), "La musicoterapia en la educación especial", *Alonso Cano. Revista Andaluza de Arte*, núm. 6, en: <http://perso.wanado.es/alonsocano1601/antiguos.htm> (consulta: 5 de mayo de 2014).
- SÁNCHEZ Arjona, Silvia María (2010), "Musicoterapia como recurso educativo para personas con discapacidad: parte I", *Innovación y Experiencias Educativas*, núm. 37, en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_37/SILVIA_MARIA_SANCHEZ_ARJONA_01.pdf (consulta: 18 de marzo de 2016).
- SALINAS, Bernardino y Carolina Cotillas (2010), "Innovación y cultura colaborativa en un centro de educación especial", *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, vol. 14, núm. 1, pp. 291-302.
- TAPIADOR, Nieves y Fátima Pérez Robledo (2012), "Musicoterapia en cuidados paliativos. Terapia ocupacional", *Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, núm. 57, pp. 11-20.
- TORRES, María Cecilia y Cláudia Leal (2014), "Reflexões de professoras supervisoras de estágios supervisionados de Música no ambiente hospitalar: desafios e aprendizagens", *Revisão da Fundarte*, vol. 13, núm. 26, pp. 48-58.
- VALVERDE Molina, Jesús (1997), *La cárcel y sus consecuencias*, Madrid, Editorial Popular.
- VALVERDE, Ximena (2014), "Me reconozco, me expreso y creo; musicoterapia para estudiantes de enseñanza media: una experiencia de desarrollo y superación personal con estudiantes de la comuna de alto hospicio", *Neuma: Revista de Música y Docencia Musical*, vol. 7, núm. 1, pp. 76-99.
- VIANA, Miguel Faro, Pedro Lopes de Almeida y Rita C. Santos (2001), "Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor - POMS", *Análise Psicológica*, vol. 19, núm. 1, pp. 77-92.
- WATSON, David y Lee Anna Clark (1997), "Measurement and Mismeasurement of Mood: Recurrent and emergent issues", *Journal of Personality Assessment*, vol. 2, núm. 68, pp. 267-296.
- ZAFFARONI, Eugenio (1991), "La filosofía del sistema penitenciario contemporáneo", en Mary Ana Beloff, Alberto Bovino y Christian Curtis (comps.), *Cuadernos de la Cárcel*, edición especial de *No hay derecho*, Buenos Aires, La Galera.

ANEXO 1. POMS

Nome:

Data:

Instruções: São apresentadas abaixo uma série de palavras que descrevem sensações que as pessoas sentem no dia-a-dia. Leia primeiro cada palavra com cuidado. Depois, assinale com uma cruz (x) a quadrícula que melhor corresponde à forma como se tem sentido ao longo dos ÚLTIMOS SETE DIAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

	Nada pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo	Não escreva nos espaços abaixo. Só para uso interno					
						0	1	2	3	4	T
1	Tenso										D
2	Irritado										H
3	Imprestável										V
4	Esgotado										F
5	Animado										C
6	Confuso										
7	Triste										
8	Activo										
9	Mal-humorado										
10	Enérgico										
11	Sem valor										
12	Inquieto										
13	Fatigado										
14	Aborrecido										
15	Desencorajado										
16	Nervoso										
17	Só										
18	Baralhado										
19	Exausto										
20	Ansioso										
21	Deprimido										
22	Sem energia										
23	Miserável										
24	Desnorteado										
25	Furioso										
26	Eficaz										
27	Cheio de Vida										
28	Com mau feitio										
29	Tranquilo										
30	Desanimado										
31	Impaciente										
32	Cheio de boa disposição										
33	Inútil										

(continuación)

	Nada pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo	Não escreva nos espaços abaixo. Só para uso interno					
	0	1	2	3	4	T	D	H	V	F	C
34	Estourado										
35	Competente										
36	Culpado										
37	Enervante										
38	Infeliz										
39	Alegre										
40	Inseguro										
41	Cansado										
42	Apático										

Fuente: adaptación de Viana *et al.*, 2001.