



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**LA MUSICOTERAPIA Y EL CONTROL EMOCIONAL EN LOS
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL
“VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO, PERÍODO
AGOSTO – NOVIEMBRE 2012.**

**Autores: MARCELA ANDRADE HORNA
NELSON GUATO BERMEO**

Tutora: DRA. ISABEL CANDO

RIOBAMBA 2013



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICADO

Nosotros como miembros del Tribunal, consideramos que el Señor NELSON OMAR GUATO BERMEO se encuentra apto para la Defensa Pública del trabajo de investigación (previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico) con el tema: “LA MUSICOTERAPIA Y EL CONTROL EMOCIONAL EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO, PERÍODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2012”. Concluyendo que la investigación reúne los requisitos y méritos necesarios para presentarse a la defensa pública.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Dra. Rocío Tenezaca (Preside)

Handwritten signature of Dra. Rocío Tenezaca in blue ink.

Firma

Dra. Isabel Cando (Tutor)

Handwritten signature of Dra. Isabel Cando in blue ink.

Firma

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón

Handwritten signature of Ps. Cl. Juan Pablo Mazón in blue ink.

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Nosotros como miembros del Tribunal, consideramos que la Señora MARCELA CAROLINA ANDRADE HORNA se encuentra apta para la Defensa Pública del trabajo de investigación (previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica) con el tema: “LA MUSICOTERAPIA Y EL CONTROL EMOCIONAL EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO, PERÍODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2012”. Concluyendo que la investigación reúne los requisitos y méritos necesarios para presentarse a la defensa pública.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Dra. Rocío Tenezaca (Preside)

Firma

Dra. Isabel Cando (Tutor)

Firma

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón

Firma



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por el Sr. NELSON OMAR GUATO BERMEO, para optar al título de Psicólogo Clínico, y que acepto asesorar al estudiante egresado en calidad de tutora durante la etapa de desarrollo del trabajo de investigación hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, Agosto 2012



Dra. Isabel Cando

Psicóloga Cl. Docente



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Sra. MARCELA CAROLINA ANDRADE HORNA, para optar al título de Psicóloga Clínica, y que acepto asesorar a la estudiante egresada en calidad de tutora durante la etapa de desarrollo de trabajo de investigación hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, Agosto 2012

Dra. Isabel Cando

Psicóloga Cl. Docente

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, Marcela Andrade Horna y Nelson Guato Bermeo somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por las autoridades del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”; Rvdo. Padre Migue Ángel Hernández, Director, Fray Marcos Soto Tordecilla, Coordinador del Área Internamiento, quienes en su desempeño procuraron la participación de los adolescentes internos. De igual modo se agradece a los muchachos por su disposición y confianza, que sin ellos no se hubiera podido recoger los datos necesarios en este estudio.

Se agradece al Tribunal de Tesina, Dra. Rocío Tenezaca, al Ps. Cl. Juan Pablo Masón por sus recomendaciones y a la Dra. Isabel Cando por su dirección y ayuda constante, en especial por su orientación metodológica y por su continuo estímulo durante todo el proceso hasta al final del mismo.

Especial y emotivo reconocimiento a la memoria del Dr. José Morales “Pepito” fallecido en Octubre del 2010, recordando siempre con cariño sus consejos y siguiendo atentamente sus enseñanzas.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a Dios por todas sus bendiciones y haberme permitido llegar a cumplir este objetivo de vida. A mis padres quienes han sido una fuente de apoyo en todo sentido. A mis maestros, a todos, quienes con sus exigencias hasta la presente fecha no solo han demostrado su profesionalismo sino también su calidad de personas, su amistad. A mi esposa Carito, por ser mi compañera fiel de vida. A mi hija Sofí Micaela, que es el aire que respiro cada segundo de mi vida. Son muchas las personas de quienes he recibido apoyo incondicional, a todos ellos... ¡Gracias!

NELSON

Agradezco a Dios quien me dio la fortaleza, fe, salud y esperanza para alcanzar este anhelo que se vuelve una realidad tangible. A mi madre por todo su apoyo y cariño. A mi esposo e hija que son el motor de mi vida. A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitaria .Agradezco de igual manera a mi tutora Dra. Isabel Cando quien me han orientado en todo momento en la realización de mi tesina y cuyas aportaciones ayudaron a convertirme en una gran persona y profesional.

CAROLINA

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ACEPTACIÓN TUTOR (A)	ii
DERECHO DE AUTORÍA	iii
RECONOCIMIENTO	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
SUMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZACIÓN	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVO	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	7
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
MUSICOTERAPIA	13
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	14
DEFINICIÓN	16
CUALIDADES PSICOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA MÚSICA	18
FUNDAMENTO NEUROPSICOLÓGICO.	21

BASES NEUROPSICOLÓGICAS	22
EFFECTOS DE LA MÚSICA	29
EFFECTOS BIOQUÍMICOS	29
EFFECTOS FISIOLÓGICOS	29
RESPUESTAS MUSCULARES Y MOTÓRICAS.	30
EFFECTOS PSICOLÓGICOS	32
EFFECTOS SOCIALES	33
EFFECTOS ESPIRITUALES	33
EFFECTOS EMOCIONALES	34
PRINCIPIOS BÁSICOS DE MUSICOTERAPIA	35
MODELOS TEÓRICOS DE LA MUSICOTERAPIA.	40
CONTROL EMOCIONAL	48
DEFINICIÓN	50
COMPONENTES DE LA EMOCIÓN.	52
NEUROPSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES	53
FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES	56
MODELO Y TEORÍAS DE LA EMOCIÓN	59
EL MODELO DE AMPLIACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE FREDRICKSON	61
ADOLESCENCIA EN CONFLICTO CON LA LEY	63
ESTADOS EMOCIONALES DEL ADOLESCENTE Y CAUSAS	67
APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL CONTROL EMOCIONAL	71
CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO”	78
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	80
HIPÓTESIS Y VARIABLES	83
HIPÓTESIS	83
VARIABLES	83
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	84
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
MÉTODO	85
TIPO DE INVESTIGACIÓN	86

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	86
TIPO DE ESTUDIO	87
POBLACIÓN Y MUESTRA	87
POBLACIÓN	87
MUESTRA	87
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	89
TÉCNICAS	89
INSTRUMENTOS	89
TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	91
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	
ANÁLISIS DE LA ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON	92
ANÁLISIS CUALITATIVO DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO	108
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	109
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES	113
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	
ANEXO I: AUTORIZACIÓN CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL	118
ANEXO II: ESCALA EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS FREDRICKSON	119
ANEXO III: FICHA DE SEGUIMIENTO TALLER DE MUSICOTERAPIA	121
ANEXO IV: FOTOGRAFÍAS	122
ANEXO V: CD CON AUDIO GRABACIONES	130

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1: Identificación de las Emociones Negativas	92
CUADRO N° 2: Identificación de las Emociones Positivas.	94
CUADRO N° 3: Distribución porcentual de emociones antes de la aplicación de la musicoterapia	96
CUADRO N° 4: Análisis de las emociones negativas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.	98
CUADRO N° 5: Análisis de las emociones positivas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.	100
CUADRO N° 6: Distribución porcentual de emociones posterior la aplicación de la musicoterapia	102
CUADRO N° 7: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones negativas antes y después de la musicoterapia	104
CUADRO N° 8: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones positivas antes y después de la musicoterapia	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1: Identificación de las Emociones Negativas	92
GRÁFICO N° 2: Identificación de las Emociones Positivas.	94
GRÁFICO N° 3: Distribución porcentual de emociones antes de la aplicación de la musicoterapia	96
GRÁFICO N° 4: Análisis de las emociones negativas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.	98
GRÁFICO N° 5: Análisis de las emociones positivas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.	100
GRÁFICO N° 6: Distribución porcentual de emociones posterior a la aplicación de la musicoterapia	102
GRÁFICO N° 7: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones negativas antes y después de la musicoterapia	104
GRÁFICO N° 8: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones positivas antes y después de la musicoterapia	106

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de analizar la influencia de la Musicoterapia en el Control Emocional de los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero” de la Ciudad de Quito, Agosto 2013. La investigación es de tipo descriptiva y de diseño cuasi-experimental. La población es de 20 adolescentes, pero como muestra se escogió a 6 adolescentes en conflictos con la ley, con bajo control emocional idóneas para el estudio investigativo. Se diseñó la ficha de registro psicoterapéutico con el fin de conocer la evolución que tuvieron los participantes al aplicar la técnica de “Improvisación libre de Juliette Alvin” mediante talleres de Musicoterapia. Se aplicó además un reactivo psicológico denominado Escala de Emociones Positivas y Negativas de Fredrickson, que permitió identificar las emociones más frecuentes y sus niveles de intensidad en la muestra investigada, los resultados obtenidos fueron analizadas e interpretadas permitiendo llegar a conclusiones significativas para la comprobación de la hipótesis. Al empezar la investigación los adolescentes presentaron el 52% de emociones positivas (diversión o humor, asombro, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría amor, orgullo, calma o serenidad) y el 48% de emociones negativas (enojo o ira, vergüenza ligera, desprecio, asco, vergüenza, culpa, odio, tristeza, miedo , ansiedad) posteriormente las emociones positivas se incrementan a un 85% y las negativas se reducen a un 15% .De esta manera se pudo realizar la investigación y concluir que, la técnica de Musicoterapia influye positivamente en el control emocional de los adolescentes, reduciendo las emociones negativas y potencializando las emociones positivas.

SUMMARY

This research was developed with the aim of analyzing the influence of music therapy in adolescents Emotional Control Guidance Center "Virgilio Guerrero" in the City of Quito, August 2013. The research is descriptive and quasi-experimental design. The population is 20 but as sample teen chose 6 teenagers in conflict with the law with emotional control suitable for the research study. We designed the psychotherapeutic registration form in order to know the evolution that took participants to apply the technique of free improvisation by Juliette Alvin Music Therapy workshops. Reagent was applied psychological well called Scale Positive and Negative Emotions Fredrickson, which identified the most common emotions and their intensity levels in the investigated sample, the results were analyzed and interpreted allowing meaningful conclusions for checking the hypothesis. When teens start research showed 52% of positive emotions (amusement or humor, awe, gratitude, hope, inspiration, interest, joy, love, pride, calmness or serenity) and 48% of negative emotions (anger or rage, shame light, contempt, disgust, shame, guilt, anger, sadness, fear, anxiety) positive emotions subsequently increase to 85% and the negative are reduced to 15% In this way it was possible to conduct the research and concluded that music therapy technique positively affects adolescents' emotional control reducing negative emotions and activating positive emotions.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research was developed with the aim of analyzing the influence of music therapy in adolescents Emotional Control of the Guidance Center "Virgilio Guerrero" from Quito City, August 2013. The research is descriptive and quasi-experimental design. The population is 20 but as sample teen it was chosen 6 teenagers in conflict with the law with emotional control suitable for the research study. It was designed the psychotherapeutic registration form in order to know the evolution that took participants when applying the technique of Free Improvisation by Juliette Alvin Music Therapy workshops. Psychological reagent was applied called Scale Positive and Negative Emotions Fredrickson, which allow to identify the most common emotions and their intensity levels in the investigated sample, the results were analyzed and interpreted allowing meaningful conclusions for checking the hypothesis. Since research started teens showed 52% of positive emotions (amusement or humor, awe, gratitude, hope, inspiration, interest, joy, love, pride, calmness or serenity) and 48% of negative emotions (anger or rage, shame light, contempt, disgust, shame, guilt, anger, sadness, fear, anxiety) positive emotions subsequently increased to 85% and the negative were reduced to 15%. In this way it was possible to conduct the research and concluded that music therapy technique positively affects adolescents' emotional control reducing negative emotions and activating positive emotions.

Translation reviewed by:

Lic. Lorena Solis Viteri.



Riobamba September 27th, 2013

INTRODUCCIÓN

“El arte es la expresión de alma que desea ser escuchada.”

La musicoterapia no es sólo un arte que como tal tiene que ver con "subjetividad individualidad, creatividad y belleza", sino también una ciencia que supone "objetividad, colectividad, repetición y verdad". Sin investigación científica no podría subsistir, la utilización científica de la música supone también el que cualquier actividad musical, en sí misma, no es terapéutica.

Su finalidad es la de ayudar al ser humano de muy diversos modos (musicoterapia preventiva) y al ser humano enfermo, (musicoterapia curativa). Por ello, el musicoterapeuta es un miembro más en un equipo terapéutico o en un equipo de Educación Especial o en otros contextos.

La Musicoterapia se ha creado como combinación del arte con la funciones de una terapia, para tratar diferentes tipos de problemas; en el caso de la presente investigación, se trabajará en el control emocional de los adolescentes. El control emocional se refiere a la capacidad para manejar el comportamiento provocado por impulsos primarios estimulados a su vez por el medio.

Este estudio consta de V capítulos:

En el capítulo I se detalla la formulación del problema, el objetivo general y los específicos que se pretenden alcanzar y la justificación en la que se describirán los beneficios que se obtendrá con la aplicación de la musicoterapia en el control emocional.

En el capítulo II se describe la musicoterapia desde los antecedentes, definiciones cualidades psicológicas y terapéuticas de la música como arte, fundamento neuropsicológico, sus efectos, sus principios, y modelos. De la misma manera se describirá el control emocional, partiendo de la definición de emociones, componentes, funciones, neuropsicología, modelos y teorías de la emoción, la

adolescencia en conflictos con la ley y sus estados emocionales; finalizando con el modelo de Juliette Alvin de “libre improvisación” aplicado en la presente investigación.

En el capítulo III se explica el tipo de investigación y su diseño, la población y la muestra investigada, los instrumentos de recolección de datos y las técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

En el capítulo IV se realiza el análisis estadístico mediante cuadros y representaciones gráficas de los datos obtenidos de la investigación.

En el capítulo V se presentan las conclusiones a las que se llegó y se plantean recomendaciones a los profesionales del área psicológica para el manejo de este tipo de población dentro de los centros de orientación juvenil.

Partiendo de la difícil situación emocional presentada en los jóvenes reclusos en el centro de orientación por sus actos delictivos, surgió la idea de ayudar a canalizar sus emociones a través de la musicoterapia, como técnica para el control emocional con la finalidad de que al expresar de mejor manera su sentir, la convivencia en el centro sea llevadera.

CAPÍTULO I
PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La música compone los ánimos descompuestos y alivia los trabajos que nacen del espíritu.

Miguel de Cervantes Saavedra
Escritor español

El estudio de las emociones y en sí de su control, no han sido tomados en cuenta como algo esencial en el comportamiento del ser humano. Hay estudios que lo han mencionado de manera indirecta. Es en esta última década que se da la importancia explícita de lo que una verdadera educación emocional puede ayudar a las personas a ser llevadera su vida en convivencia con los demás; así también la musicoterapia como herramienta terapéutica ha trascendido desde tiempos prehistóricos hasta la actualidad.

El arte como la música sugiere sin imponer. Contribuye a que se modifiquen conductas de un modo espontáneo, naciendo la decisión de uno mismo y no de otra persona, lo cual siempre es difícil de admitir. Mucho más si lo que se nos sugiere es de un modo afectivo; el arte sugiere emoción, sentimientos, de ahí su fuerza.

Hanslick (1904): "La música actúa sobre nuestro estado emocional con mayor intensidad y más rápidamente que ninguna otra de las Bellas Artes. Unas pocas notas pueden conmovernos. La acción del sonido es algo no sólo más inmediato, sino también más poderoso y directo. Las artes visuales tratan de persuadirnos pero la música nos toma por sorpresa.

La música es el lenguaje de nuestras emociones y sentimientos, esta puede ser de gran ayuda para los pacientes con problemas o carencias emocionales.

Durante la experiencia laboral en el centro de orientación “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito, se observó mucha descarga emocional negativa como: amenazas con armas corto punzante, lenguaje soez, intimidación, presentes en altercados entre los muchachos, incluso en enfrentamientos con el personal, situación que llevó a analizar la necesidad de trabajar con este grupo de adolescentes, para ayudar a mejorar la problemática mencionada; lo que incentivó a ofrecer la musicoterapia como otra técnica psicoterapéutica, dirigida a controlar y disminuir los niveles emocionales presentes en el grupo para una mejor convivencia.

El enojo o ira, la tristeza, la culpa, la ansiedad, son unas de las emociones presentes en el grupo a investigar, es lógico que debido al contexto en el que se desarrollaron procedan a actuar de forma negativa y esta actitud lleva a que la convivencia se torne violenta.

Se plantean estos talleres que ayudarán a mejorar el autocontrol de sus emociones, al autoconocimiento de las mismas, motivándolos a que los puedan expresar sin que afecten a los demás negativamente, esta manera de expresión que se propone es mediante la música. En vista de que la mayoría de adolescentes gusta del estilo de música rap, se ha visto pertinente trabajar con el mismo, que además es con el que más se identifican estos adolescentes con costumbres de calle.

El trabajo consistirá en que realicen una composición escrita, que lo compartirán con sus compañeros, se proseguirá a dar ritmo a la letra con sus propias sugerencias musicales y para culminar se efectuará una presentación ante sus familiares y la institución, con el fin de mitigar sus sentir negativo, pero reforzar sus emociones positivas, mejorando así su comportamiento.

Se pretende que este estudio brinde información importante a los profesionales que trabajen con este tipo de personas para que los puedan ayudar a controlar sus emociones a través de la música y así mejorar su calidad de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo la Musicoterapia ayuda al control emocional en los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito, período Agosto – Noviembre del 2012?

1.3 OBJETIVO

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la influencia de la Musicoterapia en el Control Emocional de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las emociones negativas y positivas en los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.
- Aplicar las técnicas de musicoterapia en el control emocional de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito.
- Determinar la influencia de la musicoterapia en el control de las emociones de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La situación emocional de los jóvenes internados siempre desencadena inconvenientes en la convivencia con sus compañeros, incluso en la misma sociedad donde se desarrollan. La carencia afectiva que por lo general tienen estos adolescentes; los lleva a un mal manejo de sus emociones, los impulsa a esta falsa tranquilidad, refugiándose en el consumo de drogas, cometiendo actos ilícitos etc.

Estos mismos actos los ha llevado a estar dentro de la institución y cumplir una condena, pero mientras lo hacen, se presentan situaciones, que los lleva a reaccionar descargando en su comportamiento todo tipo de emociones como: ira, vergüenza, culpa, desprecio, odio, miedo, que los lleva a confrontarse.

Por esta razón se aplicará la musicoterapia, que tiene como finalidad sugerir sin imponer, llevando al autoconocimiento de emociones e identificación de las mismas y por consiguiente se genera el cambio en el comportamiento.

En el centro de Orientación “Virgilio Guerrero”, se pretende abrir un espacio donde los adolescentes se expresen, practiquen como técnica la Musicoterapia para el control de sus emociones logrando así mejor integración grupal.

Y es factible realizar este proyecto porque se cuenta con la autorización del director del centro, la colaboración de los adolescentes y el respectivo material bibliográfico, materiales e instrumentos adecuados de la Musicoterapia.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El trabajo se enmarca en las líneas de investigación de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Línea macro: Salud Integral

Sub-línea: conducta y salud mental, social, familiar e individual

2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La presente investigación está basada en los estudios de los autores Serafina Poch y Juliette Alvin, quienes han brindado aportes significativos en musicoterapia; mientras que para el control emocional los referentes son: Daniel Goleman con sus estudios en inteligencia emocional y Bárbara Fredrickson quien ha investigado acerca de los efectos de las emociones en el comportamiento del individuo.

Serafina Poch es doctora en Filosofía y Letras y Musicoterapeuta, miembro profesional de la “American Music Therapy Association (AMTA). Ha realizado su internado y múltiples cursos de musicoterapia en EE.UU. Fue iniciadora de los Cursos de Postgrado y Masters de Musicoterapia en diversas universidades españolas. Es miembro del Claustro de Doctores de la UB. Fundadora y Ex Presidente de la “Asociación Española de Musicoterapia” (1976) y de la “Asociación Catalana de Musicoterapia” (1983), Ex presidente y Presidente de Honor.

Poch, define que “la Musicoterapia es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano. Con su investigación brinda la oportunidad de observar como el arte ha estado siempre presente en la evolución del ser humano, como medio de fortalecimiento de salud mental y espiritual.

Louise Juliette Alvin (1897 - 1982) fue un violonchelista, fundó la Sociedad de Terapia Musical y recursos en Música en 1958 (más tarde llamado la Sociedad

Británica de Musicoterapia), y, en 1967, inició el primer programa de formación de musicoterapia de Gran Bretaña en la Guildhall School of Music and Drama de Londres. También promovió la terapia de la música alrededor del mundo.

Para Alvin “la Musicoterapia es el uso controlado de la música en el tratamiento, la rehabilitación y la educación de niños y adultos que sufren desórdenes físicos mentales o emocionales.

Daniel Goleman es un psicólogo estadounidense. Adquirió fama mundial a partir de la publicación de su libro *Emotional Intelligence* (en español *Inteligencia emocional*) en 1995. Fue profesor de psicología en la Universidad de Harvard, en la que obtuvo su doctorado, cofundador de la *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning* (Sociedad para el Aprendizaje Académico, Social y Emocional) en el Centro de Estudios Infantiles de la Universidad de Yale (posteriormente en la Universidad de Illinois, en Chicago), cuya misión es ayudar a las escuelas a introducir cursos de educación emocional.

Goleman (1996) escribe: “el término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan.” Mientras que al hablar de control emocional dentro de la inteligencia emocional la define como “el uso inteligente de las emociones, que nos brinda la capacidad de controlarlas para adecuarlas a cada momento sin que nos veamos arrastrados por ellas y seamos más conscientes de nuestros sentimientos y acciones.

Bárbara Fredrickson es profesora distinguida de Psicología e investigadora principal de las emociones positivas en el Laboratorio de Psicofisiología (Aka PEP Lab) de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Su investigación revela cómo las emociones positivas pueden inclinar la balanza hacia una vida floreciente. Bárbara Fredrickson utiliza una escala de emociones positivas y negativas para poder identificar estas emociones en los adolescentes.

Para la investigación se ha usado el modelo de Juliette Alvin de "libre improvisación", porque el terapeuta no impone ninguna regla, estructura o tema a la improvisación y no requiere de ninguna habilidad especial por parte del paciente.

Con este modelo se trata de poner valor y ayudar a dar sentido las creaciones de los adolescentes, con el objetivo de que sean ellos mismos los que valoren el trabajo que con la colaboración de todos ha sido posible crear.

En la revisión bibliográfica, no se encontraron temas similares a esta tesina, mas sin embargo, existen temas relacionados con las variables de la presente investigación.

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Existen pocos estudios de Musicoterapia en la intervención del control emocional y sobre todo en el trabajo con adolescentes en conflicto con la ley. Sin embargo se ha encontrado un estudio realizado de musicoterapia en ámbitos carcelarios.

La musicoterapia se ha aplicado en muchos campos de la psicología, como en la psicoterapia, ya que su funcionalidad terapéutica ha conseguido logros muy importantes.

Musicoterapia aplicada en rehabilitación de reclusos en Alemania

En Alemania se ha utilizado la música en la rehabilitación de presos desde hace 30 años y se ha podido predecir el grado de cambio de la personalidad del recluso de acuerdo con el tipo de música que prefería. Incluso reclusos con conductas criminales han pasado de elegir exclusivamente música pop o rock a deleitarse son música de Bach y Händel. Hechos que han ido relacionados con un cambio positivo de conducta. Otro ejemplo de conducta fueron los campos de concentración. La música, las marchas y canciones folclóricas alemanas fueron utilizadas para

acrecentar las energías físicas de los presos para un mayor rendimiento laboral y nunca con fines humanitarios.

La importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano, realizado con niños y adolescentes por Serafina Poch

Serafina Poch realizó un estudio en el 2001 sobre “La Importancia de la Musicoterapia en el área emocional del ser humano”, estudio realizado con niños y adolescentes aplicándolo en dos programas: uno de musicoterapia preventiva y otro de ayuda a niños de preescolar de padres separados, con problemas.

En el primer caso el estudio se realizó en Centro de Educación Especial “Princesa Sofía” de Madrid, realizado entre 1978 y 1981. Consistió en hacer escuchar música a todos los niños, tanto a la entrada como a la salida del centro escolar. Ello se pudo conseguir gracias a que tenía instalado un servicio de megafonía en las aulas y en cada espacio del centro: pasillos y jardín.

La música se escuchaba desde cinco minutos antes de salir los niños de la clase que subían a los autocares atravesando el jardín.

El programa estaba compuesto por las piezas preferidas de la mayoría de los niños, en caso de los pequeños, música extraída de la película Heidi, canciones de circo, cantos corales, música de Haendel, canciones infantiles, etc. A los adolescentes se les ofrecía música de pasodobles, marchas de circo, el famoso tema el puente sobre el río Kuwait, música del filme sonrisas y lágrimas, canciones del folklore de España. De Austria, Rusia, canciones de cuna, el tema marionetas en la cuerda, palomitas de maíz, fragmentos conocidos de zarzuela, marchas militares españolas, etc. En tiempo de navidad se añadían villancicos y cantos corales.

El orden era variable, si bien se procuraba alternar una pieza de cada grupo sucesivamente, además el tono general de las piezas era distinto a la entrada que a la salida. Para la entrada el ritmo era más intimista, emotivo creativo, y a la salida era un tono tonalmente festivo.

La respuesta general fue positiva, consiguiéndose los siguientes resultados:

- El periodo de adaptación de los más pequeños al centro se acorto espectacularmente, desaparecieron los lloros y las escenas de trágica despedida de mamá o del adulto que les acompañaba a la llegada.
- Desaparecieron casi por completo los problemas de comportamiento a la entrada y a la salida.
- Aporto alegría a los niños, empezando estos sus tareas escolares de buen humor y con una excelente disposición. A la salida, el buen estado de ánimo y la alegría les predisponía a olvidar lo negativo de la jornada escolar (si es que lo hubo). Invitándoles a l regreso.
- Les predisponía establecer buena relación con sus compañeros de autocar. Esto era constatable sobre todo con los niños revoltosos, con lo que desaparecieron casi por completo los problemas de comportamiento en el autocar.

Musicoterapia de cárceles aplicación de la técnica de canto conjunto en el desarrollo de las relaciones interpersonales, Universidad del Salvador en Argentina

Por otro lado en las experiencias cercanas de la musicoterapia con personas privadas de libertad, se tiene un estudio realizado en Argentina por la Universidad Del Salvador, “Musicoterapia de Cárceles- Aplicación de la Técnica de Canto Conjunto en el Desarrollo de las Relaciones Interpersonales, experiencia que se realizó con un grupo de mujeres privadas de la libertad. El objetivo fue favorecer la interacción grupal de las internas que asisten a los talleres de musicoterapia. Fue realizado en 8 meses de mayo a diciembre del 2008. Ayudo a producir cambios en las relaciones intra e interpersonales, las canciones ayudaron a descubrir sentimientos, emociones e

ideas que no podía asomarse a la conciencia por medio de la palabra hablada. Como resultados obtuvieron:

- Que el grupo no precisaba de la organización por parte de los musicoterapeutas para comenzar el encuentro y las actividades.
- No necesitan del sostén vocal y/o armónico de los musicoterapeutas para poder comenzar a cantar y permanecer en la tonalidad correspondiente a la canción
- Hay iniciativa y acuerdo grupal en las propuestas musicales y en la elección de las canciones.
- La frustración del grupo ya no es un obstáculo permanecen e insisten en canciones que en un principio consideraban complejas en cuanto a los parámetros musicales.
- Manejan autonomía ya que se dividen en subgrupos para cantar una misma canción.
- Cantan individualmente frente al grupo sin inhibición.
- Hablan y debaten entre ellas acerca del contenido de una canción y de lo que les produce la misma.
- Comienzan a resolver conflictos grupales de forma autónoma y desde la música sin la intervención del musicoterapeuta.
- Mejora en su disposición corporal, bailan cuando gustan de hacerlo

Musicoterapia preventiva en presos (1995) en España serafina Poch

En España, Serafina Poch expone que la primera vez que tuvo contacto con presos fue en 1995. En este primer momento se trataba de musicoterapia preventiva para aconsejar qué tipo de música podían ayudarles según fueran sus estados de ánimo. La respuesta fue muy positiva y muchos pidieron una continuidad en este tipo de actividades aunque de momento la Administración no ha contemplado la figura del musicoterapeuta.

Estos reclusos se pueden beneficiar con la música en diferentes aspectos:

- A nivel emocional, psíquico y físico.
- Musicoterapeuta puede colaborar con el resto del equipo médico, psicólogos y educadores.
- A través de la música, el musicoterapeuta atenderá la vida emocional del interno con actividades de expresión y recepción, completando la labor del psiquiatra y del psicólogo.
- Las observaciones clínicas que el musicoterapeuta puede hacer pueden ayudar al psiquiatra y psicólogo que se expresa con mayor libertad a través del lenguaje pre-verbal y emocional.
- Las sesiones pueden ser un medio de prevención de problemas psiquiátricos, pueden ayudar a mejorar las relaciones grupales y además aportan calidad personal a los reclusos.

Musicoterapia como elemento coadyuvante para el tratamiento convencional de pacientes psicóticos que ingresan al I.P.S.C. Universidad Católica del Ecuador.

Así mismo apenas existen investigaciones realizadas; en el 2003 se realizó una investigación como parte de la formación académica de estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: “Musicoterapia como elemento coadyuvante para el tratamiento convencional de pacientes psicóticos que ingresan al I.P.S.C. entre los meses de julio y agosto del 2003”, el objetivo de este trabajo, fue el demostrar la eficacia de la musicoterapia en la disminución de los síntomas psicóticos de los pacientes del I.P.S.C. Se obtuvo como resultado que la música es beneficiosa para los pacientes con episodio psicótico, no remplazando al tratamiento convencional, sino utilizándolo como elemento adyuvante.

2.3.1 MUSICOTERAPIA

Las sociedades primitivas desde la Prehistoria y las existentes aún en nuestros días utilizan cantos, danzas e instrumentos musicales muy rudimentarios en sus rituales religiosos o sociales. Con el transcurso de los años se ha ido redescubriendo y revalorando este método sobre todo por su carácter práctico.

Dentro del campo de la medicina, la musicoterapia estudia el complejo sonido-ser humano-sonido, con el objetivo de abrir canales de comunicación, producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y en la sociedad.

(Patxi del Campo) La Musicoterapia es la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así podemos: Promover la expresión individual. Favorecer la integración social”.

2.3.1.1.ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El uso de la música y el sonido como modalidad de sanación no es nada nuevo. Probablemente, es tan antiguo como el primer sonido producido por el hombre o la mujer. Se cree que los primeros humanos utilizaron sonidos como medios sacros y rituales para promover la fertilidad, ayudar al nacimiento, facilitar el crecimiento de las cosechas, aceptar la muerte y en muchas otras situaciones.

Hace 50000 años antes de Cristo, el Homo sapiens empieza a inventar la música, quizá al mismo tiempo que el lenguaje. La música tanto como el hombre, parece ser sinónimo de movimiento desde las épocas más remotas. Así, la música y la danza parecen tener un origen común.

Sachs (1940) Ya en la historia de la musicoterapia, por ejemplo; en Sumeria y Babilonia utilizaban instrumentos de viento en los ritos de curación y en las celebraciones en el templo.

Hoelzley (1992) En Babilonia flautas y pitos fueron usados por los sacerdotes músicos para estimular la curación de los enfermos mentales.

En Egipto empieza a emerger un modo más racional de utilización de la música como agente curativo. La finalidad era el restablecimiento y la rehabilitación de problemas tanto físicos como psíquicos o emocionales.

Los griegos, según Séneca, consideraban la enfermedad como “Un desarreglo armónico del organismo, que necesitaba equilibrarse con armonía, siendo la música el procedimiento más frecuente de conseguirlo”.

Para la Musicoterapia es fundamental la Teoría Modal de los griegos. Esta teoría considera que cada uno de los tres elementos básicos de la música: melodía, armonía y ritmo ejercen unos determinados efectos sobre la parte fisiológica, emocional, espiritual y sobre la fuerza de voluntad del hombre.

En el siglo XV, Ficino se esfuerza por una explicación física de los efectos de la Música, uniendo la filosofía, medicina, música, magia y astrología. Ficino aconsejaba que el hombre melancólico ejecutara e inventara aires musicales.

En el siglo XVIII, se habló de los efectos de la música sobre las fibras del organismo. Lorry, a quien se debe la noción de la melancolía nerviosa, dedica un extenso estudio sobre las virtudes de la música. Le atribuyó un efecto triple a la música: Calmante, incitante y armonizante. Por un efecto mecánico, fácilmente comprensible, las vibraciones musicales regulares restablecen la homotonía de las fibras.

En el siglo XIX, Esquirol, psiquiatra francés, ensayó la música para curar pacientes con enfermedades mentales.

En Estados Unidos desde la Primera Guerra Mundial, los hospitales de veteranos contrataban músicos como ayuda terapéutica, para el tratamiento de neurosis de guerra, para superar ciertos desórdenes del lenguaje producidos por heridas cerebrales, e incluso en casos de parálisis producidas por crisis nerviosas. Esta valiosa experiencia sirvió para que los médicos la tomaran en cuenta y en 1950 se

fundó la Asociación Nacional de Terapia Musical, la cual edita una revista, realiza un congreso anual e inicia la formación de terapeutas musicales; en la actualidad esta formación se da en varias universidades de este país y los musicoterapeutas tienen alto rango de acción profesional.

En Inglaterra se fundó en 1958 la Sociedad de Terapia Musical y Música Remedial dirigida por Juliette Alvin. Luego cambió su nombre por Sociedad Británica de Musicoterapia que extiende el grado de musicoterapeuta y también edita un boletín. La Musicoterapia en España ha sido estudiada con todo lujo de detalles por Serafina Poch y por la publicación coordinada por Mariano Betés de Toro.

En América Latina se han desarrollado en los últimos tiempos varias asociaciones tales como: La de Argentina fundada en 1966 y en 1968, su máximo exponente y fundador Rolando Benenson. Se realizaron allí las primeras jornadas Latinoamericanas de Musicoterapia; en el transcurso del mismo año se fundó la Asociación Brasileña, al año siguiente la uruguaya, Peruana (APEM) y venezolana.

En el año de 1970 se fundó la Sociedad Antioqueña de Musicoterapia en el año de 1972 la colombiana. En febrero de 1987 se refundieron estas dos sociedades en una, que controle, estimule los trabajos en este campo de Terapia Musical.

En la investigación realizada no se han encontrado datos sobre asociaciones de musicoterapia existentes en el Ecuador, sin embargo existen centros de musicoterapia que funcionan de manera particular, uno que llega a destacarse es el Centro Ecuatoriano especializado en Musicoterapia y Psicoterapias Artísticas "Mu Psique".

2.3.1.2.DEFINICIÓN

Poch (1981) refiere, la musicoterapia puede definirse como "la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y

acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta.

Para Alvin “La Musicoterapia es el uso controlado de la música en el tratamiento, la rehabilitación y la educación de niños y adultos que sufren desórdenes físicos mentales o emocionales”. Esta definición abarca tres enfoques diferentes: el clínico, el creativo y el educativo.

Para Bruscia (1987) "La musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio".

Bruscia (1988) en estos momentos, la musicoterapia no es sólo un arte, que como tal tiene que ver con "subjetividad individualidad, creatividad y belleza", sino también una ciencia que supone "objetividad, colectividad, repetición y verdad". Este autor señala también que la musicoterapia es un proceso sistemático que supone "empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca (entre terapeuta y paciente) y relación como rol terapéutico".

Según Rolando Benenzon (1981), la Musicoterapia se puede definir desde dos puntos de vista: desde el punto de vista científico y desde el punto de vista terapéutico.

- **Científico:** “la Musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”.
- **Terapéutico:** “la musicoterapia es una disciplina paramédica, que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad”.

Etimológicamente hablando, "musicoterapia" es una mala traducción del inglés, en donde el adjetivo ("música") precede al sustantivo ("terapia"). La traducción correcta sería la de "terapia a través de la música".

WFMT (2011) la Federación Mundial de Musicoterapia la define: "La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en los entornos médicos, educativos, y todos los días con los individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativa, emocional, la salud y el bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la terapia de la música se basan en las normas profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos".

Para los investigadores la musicoterapia utiliza las cualidades psicológicas y terapéuticas inherentes al arte, como proceso psicoterapéutico con la finalidad de ayudar al ser humano a mejorar tanto la salud física como la salud mental y psíquica a través de la música.

2.3.1.3. CUALIDADES PSICOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA MÚSICA COMO ARTE

La música es considerada terapéutica porque es un ARTE, y como tal posee cualidades psicológicas y terapéuticas como:

- **Poder de sugestión y ensueño:** "No se puede negar el poder de sugestión de las obras de arte. Todas, en efecto, contienen sueño en potencia. (DELACROIX, 1927). Paul SORIAU (1955) dice que la obra de arte ejerce una auténtica influencia hipnótica y sugestionadora en el sentido riguroso de las palabras.
Bergson (1906) "El objeto del arte es adormecer las potencias activas, más bien resistentes de nuestra personalidad, y conducirnos así a un estado de

docilidad perfecta, en el que realizamos la idea que se nos sugiere, en el que simpatizamos con el sentimiento".

- **Poder de proyección:** En la obra de arte proyectamos nuestros sentimientos y conflictos, tanto los del artista como los de quien contempla o escucha la obra. De ahí su gran valor como medio de diagnóstico psicológico y clínico. Esta proyección de sentimientos y conflictos, al igual que en el sueño, es en parte de naturaleza subconsciente y no es percibida o lo es muy incompletamente.
El subconsciente tiene gran importancia tanto en la creación como en la contemplación, pero en cuanto a la transmisión, a la comunicación entre el creador y el contemplador, parece que se producen en la zona de lo consciente o en la del inconsciente colectivo.
- **Relación arte-sueño:** Parece que las relaciones de las situaciones psicológicas personales con la obra de arte son parecidas a las que se establecen con el sueño; algunas son percibidas directamente, pero la mayoría no lo son. Se trata de asociaciones cuyo sentido es difícil de descifrar, ya que se manifiestan a nivel subconsciente.
- **Realización imaginaria de deseos inconscientes:** Esta propiedad es compartida con el sueño, pero su papel es distinto. La obra de arte es un sueño fijado, o al menos una ocasión siempre presente de nuevos sueños, y es por lo que nos asegura una satisfacción más positiva.
- **Tentativa de síntesis o de condensación:** Es una de las leyes del sueño. En un mismo instante podemos condensar en una visión o en una melodía varias realidades formando otra distinta de la obra de arte en sí, al asociarla a nuestras vivencias personales. Por ello la percepción de una obra de arte es algo personal e intransferible y hasta inexpresable en palabras, de un modo completo.

- **Tentativa de solución:** Todos buscamos en el arte aquello de lo que carecemos. Este es un principio de la musicoterapia y lo es en cualquier otra terapia a través de otras artes. Ello conlleva la personalización del tratamiento; las necesidades difieren totalmente de un enfermo a otro.
- **Función catártica:** La obra de arte, tanto para el creador como para el contemplador, representa una descarga del potencial afectivo, que se acumula en exceso sobre ciertas tendencias cuando éstas están reprimidas. El arte puede ser un aligeramiento de estas tensiones excesivas.
- **Proceso de exploración:** El arte puede ser un gran medio curativo, porque el proceso creativo artístico es un proceso de exploración.

El proceso de creación estética consiste en explorar la expresividad de un particular medio. El artista es llevado a descubrir nuevas posibilidades de sentimiento.

Para los humanos no existe otro medio de explorar el reino de los sentimientos más que explorando las cualidades sentimentales o emocionales de las personas y de las cosas, la misma forma. De ahí la importancia enorme en el proceso terapéutico ya que existe interacción entre el artista y la misma obra de arte. En determinado sentido, el arte es un sustituto de la relación humana emocional-afectiva, lo cual es muy importante cuando lo humano falla o para potenciar y embellecer y dar profundidad a una relación afectiva.

Langer (1957), por ello se ha dicho que la música, y también las Bellas Artes, son un patrón auto-curativo del que la humanidad se ha servido desde que existe. El arte es inherente al ser humano, porque "Todo arte es la creación de formas perceptibles expresivas de emociones y sentimientos humanos".

- **El arte constituye un fenómeno social de interpelación y respuesta:** (KOGAN, 1965). Ello porque favorece los procesos de individualización y

de socialización. Por una parte, en arte no puede haber dos respuestas iguales, y por otra, el arte tiende a unir a los hombres.

Tolstoi "El arte es un medio de fraternidad entre los hombres, que les une en un sentimiento y por tanto es indispensable para la vida de la humanidad y para su progreso en el camino de la dicha".

- **El auténtico poder de las bellas artes sobre el hombre**, seguramente está todavía por descubrir, al igual que J.S. BACH decía, refiriéndose a la música: "La verdadera música no podemos más que presentirla".

El hombre, desde siempre, ha sentido y se ha beneficiado de los efectos de la música, pero es tan complejo que resulta imposible descifrar del todo el porqué de un hecho tan evidente El arte es sin duda la medicina preventiva de la que el ser humano se ha servido desde siempre.

- **¿Cómo puede el arte realizar estas funciones?** Mediante tres componentes del proceso artístico:
 - Creación de una obra de arte
 - El modo como una obra de arte presenta el sentimiento
 - La experiencia que proporciona la ejecución.

2.3.1.4.FUNDAMENTO NEUROPSICOLÓGICO.

Nuestro cerebro es el órgano que analiza la percepción. Se desarrolló durante millones de años de evolución biológica, hasta llegar a reflejar y modelar los procesos perceptivos, para así poder adaptarlos mejor. Tiene una percepción correcta del mundo exterior con gran precisión, lo que nos permite la adaptación. Si no reflejara el mundo exterior correctamente, no podríamos modelarlo ni funcionar en este mundo. Aquellas personas que tienen graves enfermedades mentales o deterioro neurológico, no pueden adaptarse ni funcionar adecuadamente. Lo que vemos u

oímos, es una imagen visual o aural (auditiva), que depende de la habilidad de nuestro cerebro para procesar una cierta cantidad de información.

La música es sonido, el sonido es vibración, la vibración es energía que se transmite en forma de ondas que llegan a nuestro oído y de él al cerebro. Pueden ser de diferente naturaleza: agradables, desagradables, excitantes, tranquilizadoras, etc. En definitiva, transmiten un mensaje que puede ser más o menos significativo dependiendo de diversos factores.

2.3.1.4.1. BASES NEUROPSICOLÓGICAS

A continuación los mecanismos Psicofisiológicos y Psicobiológicos que sustentan la conducta musical:

a) Enfoque Psicofisiológico

La audición o acción de oír, podemos considerarla desde el enfoque Psicofisiológico, como el resultado de una excitación producida por ondas sonoras sobre las terminaciones del nervio auditivo, que se transmite al centro auditivo del cerebro y da lugar a una sensación aural (o auditiva).

Hoy los científicos confirman que el oído es el más cualificado de los estímulos sensoriales cerebrales. De éstos el 20% corresponden a la vista el 30% corresponden al gusto, olfato y tacto el 50% corresponden al oído, que despierta e impulsa al cerebro, además de protegerlo contra el deterioro.

Existe una relación entre las diferentes zonas cerebrales y las características psicológicas de la música y la audición:

- La actividad sensorial de la música, estaría localizada predominantemente en la zona bulbar donde se encuentra el centro de las reacciones físicas. Podríamos

hablar del estadio de la predominancia rítmica. El ritmo afecta sobre todo a la vida fisiológica y con él se tiende a la acción.

- El mensaje afectivo de la música lo localizamos en el diencefalo, zona profunda del cerebro asiento de las emociones. La melodía afecta a la vida emocional y afectiva y es el diencefalo el que recibe los motivos y diseños melódicos, adquiriendo éstos significación, despertando así todo un mundo interior de sentimientos y emociones.
- La actividad intelectual queda localizada en el nivel cortical. Es la música eminentemente armónica la que representa el mayor nivel de representaciones intelectuales y, siendo éstas complejas, precisan de una actividad psíquica y mental más evolucionada y estructurada.

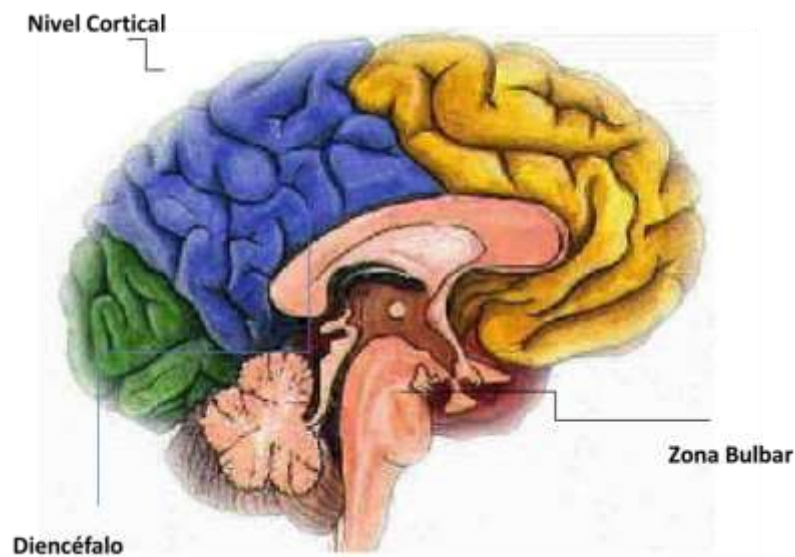


Figura 2. Bases neuropsicológicas

En la función cerebral de la música influyen diferentes componentes que, debido a la complejidad de los procesos, se sitúan en estructuras diferentes:

HEMISFERIO IZQUIERDO	HEMISFERIO DERECHO
<p>Predominancia de Análisis</p> <p>Ideas</p> <p>Lenguaje</p> <p>Matemática</p> <p>Preponderancia Rítmica (base de los aprendizajes instrumentales)</p> <p>Elaboración de Secuencias</p> <p>Mecanismos de Ejecución Musical</p> <p>Pronunciación de palabras para el canto</p> <p>Representaciones Verbales</p>	<p>Predominancia de Síntesis</p> <p>Percepción del Espacio</p> <p>Percepción de las Formas</p> <p>Percepción de la Música</p> <p>Emisión Melódica no verbal (intervalos, intensidad, duración, etc.)</p> <p>Discriminación del Timbre</p> <p>Función Video – Espacial</p> <p>Intuición</p> <p>Imaginación Musical</p>



Figura 1. Partes del cerebro afectdas por la música.

Podríamos decir desde una perspectiva global, que con más música hay más actividad en el H. Izquierdo, se utiliza también más éste para componer. Pero lo cierto es que en la conducta musical se utiliza TODO el cerebro, teniendo en cuenta que la inteligencia musical se manifiesta a través de tres formas de conducta: la audición, la ejecución o interpretación y la composición. Cada una requiere movilizar áreas concretas conectadas a su vez con otras. Por ejemplo:

Cuando una persona se dedica a ejecutar una obra musical, interviene el H. Izquierdo, la interpretación con todo lo que ello implica, depende de la regulación del H. Derecho.

Cuando se practica el canto, la articulación de las palabras, constituye una elaboración de secuencias y representaciones verbales localizadas en el H. Izquierdo. Simultáneamente requiere de la entonación melódica y el aporte emocional que se encuentra en el H. Derecho. Sin embargo, para dotar de “Expresión Musical” e interpretación emocional a una obra musical, es necesario que queden implicadas las diferentes partes del cerebro, tanto las referidas a la corteza, como ambos hemisferios y las zonas más profundas en las que se hallan los centros emocionales, es decir, es una actividad holística. Como vemos, es la interacción de ambos hemisferios la que posibilita la interpretación musical, y, si no fuera así por alguna causa, aparecerían disfunciones que ocasionarían dificultades o problemas de aprendizaje, ya que se centraría la atención en un sólo aspecto de la interpretación.

Cantar sólo atendiendo a la pronunciación de las palabras, podría ir en detrimento del contenido afectivo–emocional y por lo tanto, de la interpretación en su conjunto.

Podríamos concluir que la música permite un equilibrio dinámico entre las capacidades del hemisferio izquierdo y derecho. Da lugar a un aprendizaje mucho más equilibrado y adaptado tanto al medio, como a las propias capacidades individuales. Dentro de esta individualidad, junto a la complejidad cerebral, consideramos a la música como uno de los elementos con mayor capacidad para la

integración neurofuncional y neuropsicológica. Tiene una compleja actividad cerebral que contribuye a desarrollar la percepción sonora, estados de ánimo, conductas cognitivas, perceptivo–motrices y un largo etc. La actividad se sintetiza en una función tanto receptiva como ejecutiva del cerebro, que permite modificar conductas.

b) Enfoque Psicobiológico

Ahora, hemos de profundizar en su relación con la Psicobiología para comprender no sólo los mecanismos, sino también la funcionalidad de las estructuras cerebrales y su relación con la música y el pensamiento musical.

El cerebro es la estructura material que implica no sólo el pensamiento sino también la afectividad. El pensamiento es la computación de símbolos; está localizado en zonas corticales. La afectividad, el sentimiento, es el contenido básico de la conciencia, de la actividad psíquica; está localizado en el sistema límbico, tálamo, hipotálamo, que se hallan en la base del cerebro en la zona llamada diencefalo, y en el lóbulo temporal.

Como se decía, el pensamiento es sólo una computación de símbolos, un método auxiliar y muy desarrollado de los órganos de los sentidos, pero no es la esencia de la vida, ni siquiera de lo humano. Sin embargo la afectividad, que es una actividad psíquica, es el contenido básico de la conciencia. Todo estado de conciencia está presidido por un afecto.

La estructura material que realiza las funciones del pensamiento es la llamada “Unidad de valoración objetiva”, y está en las zonas corticales. La corteza sensitiva es sólo la prolongación de los órganos de los sentidos. Se considera como el analizador superior de la sensibilidad. En cuanto al mecanismo afectivo, es conocido como la “Unidad de valoración afectiva”; está situada en el sistema límbico, en algunos núcleos del tálamo, en el hipotálamo y algunas estructuras del lóbulo

temporal del hombre. Aquí se guardan las huellas afectivas y tal vez se lleve a cabo el proceso de fusión entre el componente objetivo y el afectivo.

La amígdala controla las emociones hasta tal punto, que aquellas personas que tienen alguna insuficiencia funcional, suelen tener ataques de ira y ansiedad. El miedo y la ansiedad también residen en la amígdala y en el hipotálamo. El hipotálamo se encuentra bajo el tálamo y en relación con la hipófisis, y, además de controlar el metabolismo, la nutrición y el comportamiento, es el transmisor de los comportamientos instintivos automáticos (comida, bebida, sexualidad) y de las reacciones afectivas (atención, dolor, placer).

La conciencia se produce como resultado de los procesos de conmutación del análisis objetivo y de la valoración afectiva del cerebro. La complejidad del cerebro con más de cien mil millones de células, las conexiones neuronales, los neurotransmisores, la liberación de endorfinas (= dopaminas cuya liberación produce sensación de bienestar, serotonina que con niveles bajos produce agresividad), etc, nos lleva a pensar que el comportamiento humano no sólo está enraizado en el cerebro, sino también en los componentes químicos que produce.

Si nos planteamos cuál es la relación del desarrollo cerebral en cuanto al número de capacidades musicales que se pueden adquirir y el número de las conexiones funcionales entre las diferentes áreas cerebrales, podríamos concluir que la función de los educadores musicales es facilitar al máximo la creación de estas conexiones. El desarrollo de las capacidades musicales, por lo tanto, depende del número de conexiones neuronales establecidas mediante las experiencias musicales vividas.

Consideramos imprescindible insistir en la necesidad de una estimulación musical adecuada en los adolescentes. Es indudable que la educación influye en el desarrollo del cerebro.

Nuestro cerebro precisa una información sensorial que es enviada en forma de impulsos codificados. Estos son interpretados por las diversas estructuras cerebrales. El cerebro recibe, procesa, almacena datos y reacciona con variedad de respuestas. Pero es necesaria una transducción para convertir esas señales externas en códigos eléctricos y químicos que alcancen la consciencia individual.

Cada individuo debe modelar su propio “Sistema Referencial”. Pero ¿Qué quiere decir esto? Los neurotransmisores controlan las funciones de nuestro organismo y nuestros estados emocionales. Las neuronas tienen uniones mediante las sinapsis, esto es, franquean la distancia infinitesimal que separa una neurona de otra con el fin de pasar la información a la célula siguiente. Las neuronas poseen una cualidad realmente importante y determinante para el comportamiento musical: es la capacidad de modificar su estructura y sus conexiones pudiendo modelar los circuitos cerebrales de cada persona, según varíen las circunstancias de su vida.

Si las personas son “analfabetas” en música, es porque les falta el impulso sensorial adecuado, por lo tanto existe un déficit cerebral. Si la educación se planifica y transcurre “sin música”, sin la educación musical adecuada, esos cerebros serán deficitarios en funcionalidad, hay una falta de neuronas que aprendan y se atrofiarán o “congelarán” para aprender música.

Sin un “Sistema o Régimen Referencial” no aprendemos. Nosotros somos los intérpretes de los estímulos que nos llegan del medio. Nosotros tenemos el Sistema Referencial que nos es dado genéticamente, y por eso es tan importante la enseñanza.

El Sistema Referencial se nos da desde el punto de vista de la biología, es un potencial y hemos de desarrollarlo, de lo contrario quedaría atrofiado. Es necesario informar a los educadores y planificadores de la educación, para que decidan con suficiente conocimiento de causa. Es fundamental educar desde una perspectiva psicopedagógica, científicamente.

Es importante que seamos conscientes de que a nivel individual, existe un cerebro irrepetible, diferente y distinto en cada uno de nosotros, que recoge en su estructura y funcionalidad toda la historia personal, biográfica, genética, biológica, cultural y social, que lo ha moldeado y desarrollado diferenciándolo del resto. Cuando cantamos o interpretamos alguna obra musical, tocamos o improvisamos en un instrumento, componemos, escuchamos; en definitiva, cuando pensamos y actuamos sobre sonidos, nuestra red de neuronas se amplía con una serie de conexiones únicas, distintas a todas las demás, que podrían definirse como los “engramas” o huellas dactilares a las que ha dado lugar nuestra actividad musical.

2.3.1.5.EFECTOS DE LA MÚSICA

2.3.1.5.1. EFECTOS BIOQUÍMICOS

- Miller (1976). La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, positiva o negativamente, de acuerdo con el tipo de música escuchado
- Clynes (1982), Golstein (1980) "La música sedante puede estimular la liberación de hormonas, tales como las endorfinas, las cuales a su vez actúan sobre receptores específicos del cerebro y sobre neuro-transmisores lo cual puede llevar a aliviar el dolor".

2.3.1.5.2. EFECTOS FISIOLÓGICOS

- **Presión sanguínea:**
Binet y Courtier (1895) la música afecta a la presión sanguínea, a la velocidad de la sangre y al fenómeno eléctrico del músculo cardíaco.
- **Ritmo cardíaco y pulso:** HODGES, (1980) recoge las conclusiones de diversos autores:

- Coleman (1920), una música estimulante tiende a incrementar el ritmo cardíaco y el pulso, mientras que una música sedante tiende a disminuirlo.
- Edwards, Eagle, Pennebaker y Tunks (1991), la aceleración del ritmo cardíaco está altamente relacionado con la altura tonal, con el aumento de la complejidad de los elementos musicales de la composición y con el tempo.
- El retardo en el ritmo cardíaco y en el pulso está relacionado con la resolución musical del conflicto (en la composición musical), con un tempo lento, con las cadencias finales, con la textura de acordes sostenidos y con movimientos armónicos lentos.
- El ritmo cardíaco y el pulso se aceleran con el aumento de sonido y decrecen con la lentificación del tempo.
- La lentificación del ritmo cardíaco ocurre con la disminución del sonido y la lentificación del tempo musical.
- **Respiración:** Hodges (1980) los resume así:
Una música estimulante tiende a aumentar la respiración. Una música sedante tiende, en cambio, a lentificarla.

2.3.1.5.3. RESPUESTAS MUSCULARES Y MOTÓRICAS.

- **Reflejo pupilar a la luz:**
O. Lowenstein (1933), "El hecho de escuchar música, en el puro sentido fisiológico del término equivale a exponerse a una multitud de estímulos sensoriales, cada uno de los cuales puede ser considerado como capaz de activar el fenómeno de restitución psicosensoresial".

Slaughter (1956), una música estimulante puede provocar el reflejo pupilar a la luz.

▪ **Movimientos peristálticos del estómago:**

- Sears (1954), una música sedante puede provocar fuertes contracciones peristálticas en el estómago.
- Trenti (1980), sesiones de musicoterapia utilizando el canto gregoriano produjeron un 60% de procesos curativos en pacientes con dispepsia y un 20% de curaciones en 34 pacientes con úlcera duodenal.

▪ **Desórdenes gástricos psicossomáticos:**

- Sugarman (1954), una música sedante puede ser de gran ayuda en patologías digestivas.

Cirile (1954), una música muy excitante puede producir espasmos gástricos e incluso, indigestión.

▪ **Aumento de la actividad muscular:**

- Sears (1960), la música estimulante incrementa la actividad muscular.
- La música sedante posee efectos relajantes
- Poch (1971), una música sedante que guste a los niños autistas, les mueve a la acción física y abandonar su aislamiento.
- Reardon y Bell (1971), los pacientes esquizofrénicos aumentan su actividad física con el ritmo de tambores.
- Reese (1959), los ataques epilépticos pueden sobrevenir con música marcadamente rítmica o con música a alto volumen.

- Clynes (1978), los movimientos mecánicos de los dedos al escuchar música de personas normales difieren de acuerdo con el tipo de emoción que la música sugiere (alegría, tristeza, nostalgia, rabia...).
- Diamond, la música de rock, hace disminuir la producción en las fábricas, mientras que la música melódica aumenta la producción.
- **Resistencia al dolor:**
 - Jacobsen (1956), la música puede ser efectiva para aumentar el nivel de resistencia al dolor.
 - Wolfe, D.E. (1978), la música puede ayudar muy efectivamente en la rehabilitación del dolor.

2.3.1.5.4. EFECTOS PSICOLÓGICOS

- Además de lo dicho acerca de las cualidades terapéuticas del Arte, la música actúa sobre nuestro sistema nervioso central y puede producir efectos sedantes, estimulantes, deprimentes, de alegría, etc. La música puede sugerirnos cualquier tipo de sentimiento.
- La música puede despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier tipo de emoción.
- Puede provocar la expresión de uno mismo.
- Puede ayudar a desarrollar la capacidad de atención sostenida.
- Puede iniciar a los niños a la reflexión.
- Puede estimular la imaginación.
- Puede ayudar a desarrollar la memoria.
- Puede ayudar a desarrollar la creatividad.

- Puede ayudar al niño a transformar su tipo de pensamiento pre-lógico en lógico preservando su creatividad.
- La música puede ser una fuente de placer semejante al juego debido a la constante variación de los sonidos musicales.
- Puede ayudar a desarrollar el sentido del orden y del análisis.
- A. Michel (1951), el contrapunto ayuda a desarrollar la inteligencia porque fuerza a seguir diversos razonamientos a la vez, las voces o melodías de la composición musical.
- Campbell (1986), la música facilita el proceso de aprendizaje porque activa un enorme número de neuronas.

2.3.1.5.5. EFECTOS SOCIALES

- La música constituye un fenómeno sociológico de nuestro tiempo muy importante.
- Es un agente de socialización.
- Ayuda a provocar la expresión del grupo.
- Ayuda a provocar la cohesión del grupo.
- La música es el arte que mejor ayuda a provocar y expresar estados emocionales independientemente de todo individualismo.

2.3.1.5.6. EFECTOS ESPIRITUALES

- La música ha sido utilizada en la liturgia de todas las religiones desde siempre porque puede sugerir sentimientos sobrenaturales y espirituales que ayudan al ser humano como medio de sobreponerse al vacío, a la soledad, al

miedo, al infortunio... O le ayuda a encontrar sentido a su vida, a sugerirle realidades espirituales, a ponerse en contacto con la divinidad.

2.3.1.5.7. EFECTOS EMOCIONALES

Winner (1992) ha llamado a la música “el lenguaje de las emociones”, por su asociación con la expresión emocional. Por otro lado, la naturaleza no verbal de la música facilita la comunicación y la expresión, siendo especialmente útil para aquellas personas con habilidades de comunicación limitadas o nulas.

Gastón (1968) destacó la música como un potente medio comunicador, facilitando al paciente la expresión y comunicación de sus sentimientos y emociones, incluso en aquellos casos en que sus sentimientos estaban muy bloqueados.

Por lo que algunos de efectos de la música a nivel emocional serían los siguientes:

- Comunicar y expresar un estado emocional (miedo, tristeza, alegría)
- Ayudar a la expresión de emociones profundas.
- Modificar el estado de animo
- Despertar, evocar, provocar emociones y sentimientos.

Cabe destacar el efecto que la música causa también en el sistema endocrino produciendo dopamina y adrenalina, que relaja y activa al mismo tiempo.

2.3.1.6.PRINCIPIOS BÁSICOS DE MUSICOTERAPIA

➤ **Teoría griega del "Ethos":**

Se refiere a la capacidad que posee la música para provocar estados de ánimo. Ello se debe a que entre los movimientos de la música, los físicos y psíquicos del ser humano existe una fuerte relación la cual origina en el hombre, cambios fisiológicos y psicológicos.

➤ **El organismo como un todo, de ALTSHULER:**

La música mueve a las partes fisiológica, psicológica, intelectual y espiritual a un tiempo y de manera instantánea, predominando uno o varios de estos aspectos de acuerdo con el tipo de música que se esté escuchando o interpretando. Las consecuencias de este principio abarcan un campo vastísimo:

- Una emoción provocada por la música posee la capacidad de objetivar una emoción personal parecida. Por ejemplo, escuchando el pasaje "La muerte de Ase" del "Peer Gynt" de GRIEG puede sobrellevarse el dolor personal por la pérdida de un ser querido. La música ayuda a hacer este dolor personal más universal, integrarlo en el "mundo del dolor".
- La música crea una atmósfera de unidad e intimidad, incluso en los grupos más heterogéneos. Las barreras sociales, raciales, culturales, lingüísticas... son vencidas fácilmente.
- La música no sólo es útil al compositor, ayudándole a sublimar sus instintos, sino que ayuda también al intérprete y al oyente. Cada uno se verá afectado por la misma composición pero en diverso grado. Los efectos nunca pueden ser predecibles; ahí reside la dificultad de la musicoterapia.

➤ **Principio homeostático de ALTSHULER (1952) W. CANNON (1933),** Sugiere que el organismo humano muestra una fuerte tendencia a funcionar bien en todo momento. Éste es el único modo de sobrevivir y de progresar. Por otra parte, "la música y las artes han sido consideradas tradicionalmente como contribuciones importantes a una homeostasis social, intelectual, estética y espiritual, como un patrón auto-curativo perfectamente operante y existente, pero menos visible al experimentador" Altshuler (1952), deriva de todo lo anteriormente expuesto unas consecuencias interesantísimas:

- **Homeóstasis y principio masculino-femenino.**

"La música es dual y bisexual en su acción". "Para un hombre actúa como mujer.

Para una mujer, la misma música actúa de un modo masculino" pero únicamente desde el punto de vista emocional. La misma melodía de una acción, excepto las palabras, provoca o inspiran de igual modo a una mujer que a un hombre, pero a cada uno de un modo distinto. Decimos que existen composiciones musicales predominantemente masculinas o femeninas; sin embargo, esto no parece deberse a la música en sí, sino más bien a patrones sociales que existen en cada cultura.

- **La música como factor homeostático.**

Dos elementos estructurales -el ritmo y la melodía- son señalados como esenciales en esta tarea. El ritmo es en música un elemento de repetición-compulsión, que ayuda al hombre a mantener viva su vida instintiva, pudiendo expresar libre y directamente sus necesidades lógicas.

El conflicto básico entre "hombre-bestia" y "hombre civilizado", añadido a sus esfuerzos por dominar la naturaleza, cargan al hombre

de agresividad. El ritmo puede aligerarla, pero no eliminarla del todo; incluso es posible que aumente.

Por otro lado, la melodía sí ayuda al hombre a liberarse de esta agresividad. En las danzas guerreras o rituales las dos tendencias (el deseo de matar y la fuerza social que se opone a ello) se reconcilian a través de la melodía.

- **Necesidad de orden.**

El ritmo y la melodía son poderosos reguladores de la inevitable agresividad humana. "El hombre vence su agresión cuando puede metamorfosearla, transformarla en melodía. Cuanto más tierna y plañidera sea la melodía, más podrá vencer su agresión. Cuanto más fuerte sea la agresión, tanto más suave y suplicante debe ser la melodía.

La Melodía tiene la propiedad de crear tensión muy fácilmente... monopoliza la agresión antes de que llegue a estallar". "La longevidad de una melodía depende del poder de aliviar agresión y proporcionar placer". Esto explicaría la pervivencia de la llamada "música clásica", así como de determinadas músicas religiosas o folklóricas. Sin duda, el tiempo es la mejor criba para que permanezca tal vez lo mejor, pero sin duda sigue ayudando al ser humano.

➤ **Principio de "ISO", de ALTSHULER (1954):**

Este principio lo dedujo Altshuler, del de homeostasis. Él piensa que proporcionar música a los pacientes significa brindarles realidades básicas en forma de sentimientos, percepciones e imágenes. Este material es capaz de reemplazar o desplazar estados de fantasía y de alucinación, así como ilusiones y temores.

"Iso" significa "igual" en griego. ALTSHULER comprobó que usando música idéntica (de aquí el término "iso") al "mood" o estado de ánimo del paciente y a su "tempo" mental (estados de híper o hipoactividad) era útil para facilitar la respuesta mental y emocional del paciente. Este principio constituye la base de la estrategia que debe seguir el especialista para contactar con el enfermo. Es fundamental, al igual que lo es en psicoterapia, establecer una relación terapeuta-paciente en términos de igualdad: el paciente debe ser visto como un semejante, un ser igual a nosotros a quien intentamos ayudar pero no someter, avasallar o dogmatizar. Siempre debe abordarse al paciente con respeto y afecto profundos, pero en libertad. Sólo entonces puede empezar a tener lugar el proceso psicoterapéutico.

Lo que es válido y esencial de este principio es el contactar con el paciente con un tipo de música que provoque un estado de ánimo, lo más parecido posible al estado de ánimo del paciente.

➤ **"Principio de liberación", de CID (1787):**

La música es la que mejor puede contrarrestar las fuerzas negativas derivadas de la institucionalización del enfermo mental. Para la imaginación no existen fronteras y la música, con su enorme poder para desvelar nuestra fantasía, ayuda a evadirnos de la realidad, a colorearla de afectividad, una característica ésta última de la que suele verse privado el enfermo mental. Su utilidad no se limita a los enfermos mentales: efectivamente, la música es el mejor remedio ante la fatiga originada por el trabajo y la rutina.

El autor de este principio, el Dr. Francisco Javier CID preconizaba la "variedad de objetos" para ayudar a la curación de la melancolía y otros estados depresivos. Se trataba de hacer viajar al enfermo con el fin de distraer su atención. Afirma: "Si hubieran reflexionado los médicos sobre la música y su modo de obrar, hubieran substituido al penoso, largo y dispendioso remedio del "viajar" al barato, fácil, inocente y eficazísimo de la música, puesto que en cada momento se renuevan de mil modos los objetos".

La autora ha podido comprobar la eficacia de lo que podríamos llamar "viajes musicales" a lo largo de su práctica profesional, desde hace veinte años.

➤ **Principio de compensación, de POCH (1988):**

Parece que todos buscamos en la música aquello de lo que carecemos en un momento determinado. Si estamos cansados, buscamos descanso; si nos encontramos tristes, queremos alegrarnos; si estamos solos, buscamos sentirnos acompañados... En líneas generales, buscamos en la música inspiración, energía, serenidad, quietud, alegría, posibilidad de descargar nuestra agresividad, etc.

➤ **Principio del placer, de ALTSHULER (1952):**

Ante la pregunta "¿Por qué la música afecta al ser humano?", podemos responder: "Porque la melodía y el ritmo, puestos en un cierto orden, producen placer". La música tiene la propiedad de atraer la atención al apelar al principio del placer. Willms (1975) señala la importancia de la experiencia placentera, especialmente en el caso de los enfermos psicóticos.

Por su parte, Max Shoen (1971) considera: "Nosotros experimentamos gozo –ante una obra de arte- cuando nuestra personalidad es re-creada, renovada. Esta renovación puede ser de dos clases: restauración o rejuvenecimiento. El goce como restauración es volver atrás hacia lo antiguo, lo usual, el normal funcionamiento de nuestro cuerpo.

El goce como restauración nace cuando se elimina un estado de desequilibrio y de desorden, como el acto de beber cuando se tiene sed (en este caso, el agua sería el fin). Pero existe un goce de rara calidad cuando algo nos emociona sin que con ello consigamos satisfacer ninguna necesidad concreta. Este goce está libre de cualquier presión, de cualquier compulsión de nuestro cuerpo".

He aquí el auténtico placer estético; ello ocurre cuando la persona siente que se proyecta en la obra musical o la danza y se identifica con ella, con los sentimientos que percibe como derivados de ella. Entonces encuentra un momento de respiro, de descanso.

2.3.1.7.MODELOS TEÓRICOS DE LA MUSICOTERAPIA.

En el 9º Congreso Mundial de Musicoterapia que se realizó en Washington, EU, en 1999, hubo reconocimiento por parte de la comunidad de musicoterapeutas de todo el mundo 5 modelos teóricos.

Hay más desarrollos teóricos, que podrán llegar a constituirse como modelos, pero desde este congreso la musicoterapia cuenta oficialmente con cinco modelos:

MODELO NORDOFF-ROBBINS.

El modelo de musicoterapia creativa es un enfoque de improvisación que fue creado por Paul Nordoff (compositor y pianista americano) y Clive Robbins (profesor de educación especial) entre 1959 y 1976. Londres.

Está también muy relacionado con teorías de la psicoterapia que derivan de la Psicología Humanista, particularmente de Abraham Maslow.

“Creativa”, porque implica al terapeuta en un trabajo *creativo* de tres niveles interrelacionados. El primero, sería la creación e improvisación de la música por el terapeuta, y que posteriormente será utilizada en terapia.

En el segundo, el terapeuta utiliza la música de improvisación de forma creativa en cada sesión para mantener contacto con el paciente. Tercero, el terapeuta también crea una progresión de experiencias terapéuticas y fases del desarrollo creativo del paciente. El terapeuta y el paciente hacen música juntos (experiencia terapéutica).

- **Aplicaciones clínicas.**

La Musicoterapia creativa es apropiada para niños/ as (con retraso del desarrollo, discapacidades múltiples y problemas emocionales) de todo tipo.

Aunque Nordoff y Robbins, también es eficaz para adultos. Los pacientes, para trabajar la Musicoterapia creativa, no necesitan tener ninguna destreza musical o verbal, y no importa su nivel de funcionamiento o su edad cronológica.

MODELO GIM: IMAGINACIÓN GUIADA Y MÚSICA.

En 1960 Helen Bonny, trabajaba como Musicoterapeuta a partir del modelo conductista tradicional. A inicios de 1970 en un Centro Psiquiátrico de Maryland (USA). Poco a poco, con la GIM desarrolló dos procedimientos básicos: alterar el estado de conciencia facilitado por el “entrenamiento autógeno” de Schultz o la relajación progresiva y visualización introducida por Jacobson, y el potencial de la evocación con música. Este proceso se va a caracterizar por la evocación de imágenes durante la audición musical con el objetivo de encontrarse con la conciencia.

- **Aplicaciones clínicas.**

La GIM denominada como “clásica” no está indicada para personas con psicosis, inestabilidad emocional y personas con discapacidad intelectual. Se ha utilizado bastante con diferentes tipos de población: personas con cáncer, y ha dado buenos resultados con problemas de estrés, trastornos físicos y emocionales, y en la recuperación de adicciones. Además, se ha usado para promover la creatividad y el crecimiento espiritual y personal.

MODELO CONDUCTISTA.

El Modelo Behaviorista se forma en 1975, con Clifford Madsen, que publica el libro "Research in Music Behavior. Modifying Music Behavior in Classroom". En este

modelo, debe usar el análisis conductista y proponer programas individuales de tratamiento para encontrar las necesidades de las personas a las que se atiende.

El conductismo reconoce la importancia de lo que ocurre en nuestro interior. Conducta/comportamiento se refiere a cualquier acto que una persona realiza, dice o piensa que puede ser observado directamente o indirectamente.

Desarrollo metodológico: es una forma cognitiva de modificación de conducta, e implica una aplicación de análisis conductual en aspectos fisiológicos, motrices, psicológicos y emocionales. Se aplican procesos científicos muy rigurosos. El objetivo es conseguir cambios en el comportamiento general de los pacientes.

MODELO BENENZON

El Prof. Dr. Rolando Omar Benenzon, nacido en Buenos Aires en el año 1939. Médico Psiquiatra. Formación en psicoanálisis y en técnicas psicodramáticas. Músico y Compositor. Representa la máxima autoridad en el campo de la musicoterapia y de su aplicación en el Autismo, pacientes en Coma, Alzheimer y en la capacitación profesional. Comenzó a diseñar este modelo en el año 1969 y el sustrato teórico terapéutico se basa en las ideas de autores como Freud y Jung; respecto a estudios profundos sobre la música y el objeto sonoro integró fundamentos de la educación musical se basó en: Willems, Dalcroze, Kodaly, Orff, Martenot.

Benenzon, justifica la utilización de los sonidos y de la música para los procesos terapéuticos desde dos experiencias concretas:

- **Biología del sonido:** efectos biológicos. Según el ritmo, incrementa o disminuye la energía muscular, acelera la respiración o altera su regularidad, disminuye el impacto de los estímulos sensoriales de diferentes modos.

- **Psicología del sonido:** “La Musicopsicoterapia es una psicoterapia no verbal que utiliza las expresiones corpóreo - sonoro - no verbales para desarrollar un vínculo relacional entre musicoterapeuta y otras personas necesitadas de

ayuda para mejorar la calidad de la vida y rehabilitarlas y recuperarlas para la sociedad; como así también producir cambios socio - culturales - educativos en el ecosistema y actuar en la prevención primaria de la salud comunitaria”.

MODELO PRIESTLEY: MUSICOTERAPIA ANALÍTICA.

El Modelo de Musicoterapia Analítico nació en Gran Bretaña a principios de 1970, con el denominado “inter Therapy group”. En 1975 Mary Priestley, publica el libro “Music Therapy in Action” quedando asentando así un modelo. Mary Priestley, violinist professional, se formó en la “Guildhall School of Music and Drama in London”. Recibió terapia de corriente psicoanalítica durante muchos años: teoría que combina la Musicoterapia y el psicoanálisis.

Se basa en el paradigma psicoanalítico de Klein, Jung, Winnicott y Freud, aunque se trabajan sentimientos inconscientes mediante la improvisación musical y comentarios verbales en los que el musicoterapeuta desempeña un papel más activo que en el psicoanálisis.

Priestley define la Musicoterapia analítica como: “la utilización simbólica, analítica de la improvisación musical por parte del Musicoterapeuta y paciente para explorar la vida interior del mismo, y para un mayor conocimiento y crecimiento”.

- Aplicaciones clínicas.

En un principio, se desarrolló con adultos, y se utilizan para tratar una gama amplia de problemas psicológicos. Posteriormente con a niños con los que se trabajaba la escucha, desarrollo de la inteligencia, la capacidad verbal y habilidades de pensamiento simbólico.

Además de sus aplicaciones clínicas, el modelo se utiliza como un método de entrenamiento y supervisión. Este uso de la Musicoterapia analítica se denomina interterapia.

MODELO RIORDON/ BRUSCIA

En un principio se concibió como un método que utiliza el baile para ayudar a personas discapacitadas a desarrollar la creatividad, auto expresión y las habilidades personales. Como resultado de su trabajo se formaron dos compañías de baile de personas discapacitadas.

El modelo fue adaptado a la Musicoterapia en 1978 por Kenneth Bruscia, y después se desarrolló un modelo combinado.

El término “experimental” se utiliza porque el modelo se ha asemejado a una situación de laboratorio donde las variables de la música y el baile se controlan, se manipulan y se permite que varíen libremente.

- Aplicaciones clínicas.

Este modelo ha sido utilizado con adultos y niños con gran variedad de discapacidades, y también con grupos sin discapacidades. Los requisitos son la habilidad de seguir consignas simples o de imitar al líder en el baile y en la música.

MODELO DE JULIETTE ALVIN “IMPROVISACIÓN LIBRE”

La musicoterapia de Alvin se puede describir como un modelo estrictamente musical e inclusivo por naturaleza. Es estrictamente musical porque todo el trabajo de los pacientes se centra en hacer música o escucharla. Es inclusivo porque utiliza todo tipo de material musical concebible.

La improvisación en el enfoque de Alvin es libre por varios aspectos:

- Cualquier intento de crear sonidos o música nueva
- No requiere ninguna habilidad especial.
- El paciente elige por sí solo, el terapeuta no impone normas, restricción dirección o influencia en la improvisación del paciente.

Su utilización clínica va dirigida a individuos o grupos con:

- Problemas del desarrollo
- Problemas de relación consigo mismo y con los otros
- Necesidad de liberación emocional
- No hay prerequisites del paciente
- Contraindicaciones: cuando la música funciona de protección o escape contra el mundo real, o con pacientes con dificultades neurológicas y de percepción (problemas de audición, alucinaciones, epilepsia musicógena)

Los objetivos que se pretenden en este modelo son:

- Área de desarrollo intelectual
- Conocimiento sensorial y percepción, operaciones mentales como atención, organización de ideas y retención y la comprensión de sentimientos.
- Área de desarrollo físico:
- Destreza de motricidad gruesa y fina, coordinación sensorio motriz, etc.
- Área de desarrollo socio-emocional:
- Autoconocimiento, comunicación, autoexpresión, identificación con los otros e integración grupal.

Su tratamiento maneja tres fases:

FASE 1

Durante esta primera fase el paciente se relaciona con el mundo físico de los objetos por medio de actividades que le conectan corporalmente con el entorno:

- Técnicas activas.
Cualquier forma de participación o juego musical: Improvisación libre, ejercicios motrices, juegos visuales de notación simple, encajar sonidos.

- Técnicas receptivas

-

El terapeuta trabaja para formar una relación paciente-terapeuta. Los instrumentos se utilizan como objetos intermediarios proporcionando: por un lado una barrera segura entre uno y otro y por otro un punto de contacto.

- o El terapeuta improvisa con el cliente de un modo personal pero no amenazante.
- o El terapeuta ajusta su música a las reacciones de escucha del paciente.

FASE 2

La segunda fase se dedica a establecer una relación paciente-terapeuta que facilite el Autoconocimiento y ayude al paciente a resolver conflictos personales que le llevaron al aislamiento.

- Técnicas activas.

La improvisación libre como técnica más eficaz de favorecer el Autoconocimiento, resolver conflictos y crear una relación con el terapeuta.

- Técnicas receptivas.

Grabar la improvisación y escucharla después

FASE 3

Esta fase ayuda al paciente a relacionarse con padres, compañeros u otros grupos. Implica traer a la situación de terapia a los padres o situar al paciente en un grupo.

- Transferir la relación paciente-terapeuta a la del padre

- Técnicas de grupo activas.
 - Improvisación musical. Con instrumentos de altura indeterminada o con la escala pentatónica
 - La improvisación comienza con un silencio que permita la preparación de todo el grupo.
 - Se suele buscar nombre para el grupo y para la improvisación.

- Técnicas receptivas
 - Escucha de la música grabada como medio de integración, hace que la experiencia sea real para todos los miembros del grupo

Al finalizar se realizó el siguiente proceso de evaluación basado esencialmente en la información musical:

- La escucha
- La improvisación en los instrumentos
- El canto
- Las respuestas en estas áreas se analizan para determinar la habilidad del paciente para formar tipos de relaciones y su nivel de desarrollo en los campos:
 - Físico
 - Intelectual
 - Socio-emocional

Los investigadores escogieron este modelo por el enfoque libre que le da la autora, su utilización clínica va dirigida a individuos con problemas de relación consigo mismo y con los otros, pero sobre todo pacientes con necesidad de liberación emocional como la muestra de la presente investigación.

2.3.2. CONTROL EMOCIONAL

"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla"

(Wenger, Jones y Jones, 1962).

El ser humano interacciona con el medio que le rodea de forma básicamente emocional. Alguien puede caernos bien o mal sólo por cómo viste. Amamos un país entero, o lo odiamos, como si todos los miembros de ese país fueran una sola persona. Podemos sentir algo más profundo por un objeto, como un coche o un libro, que por otra persona... En todo momento estamos experimentando alguna emoción, quizá no la notemos o no sepamos definirla exactamente, pero el hecho es que nuestro día a día (nuestra supervivencia) está en mayor o menor grado influido por nuestras decisiones, tanto automáticas como "racionales".

Y como viene demostrando la investigación neurobiológica actual (por ejemplo Damasio, Le Doux o P. Ekman) en el proceso de decidir, las emociones son un requisito indispensable. Como ya adelantó Pascal: "el corazón tiene razones que la razón desconoce". A nivel filosófico, sin emociones seríamos incapaces de tomar decisiones de forma eficaz, pues la razón se pasaría siglos analizando riesgos, pros y contras.

Desde hace muchos años distintas ciencias se han preocupado de las emociones. Medicina, Psicología, Filosofía y algunas ciencias sociales se han encargado, cada uno desde su campo, de tratar de explicar por qué el comportamiento humano es emocional. Pero es especialmente durante los dos últimos siglos cuando ha cambiado la forma de entender las emociones en el pensamiento social y han pasado de ser algo malo, que debía ser evitado y reprimido por la fuerza de la razón a ser algo bueno, hasta el punto de dar nacimiento a nuevos conceptos como el de "inteligencia emocional" (frente al conocido cociente intelectual que mediría la "racional").

El control de las emociones puede modificar el resultado de todas las actividades humanas, como el rendimiento en el trabajo, en el estudio, en las ocupaciones cotidianas, en el manejo de un vehículo, en situaciones límites y hasta en el deporte.

Para poder manejar las emociones es necesario reconocer los propios sentimientos y también distinguir los ajenos utilizando la inteligencia emocional.

La inteligencia emocional consiste en el conocimiento de las aptitudes personales y sociales, como la empatía y la habilidad social; el auto-conocimiento, la capacidad de autocontrol y la motivación, que se pueden mejorar para lograr un mayor auto-dominio.

Cuando la exigencia externa aumenta, es acompañada de una consecuente exigencia psicológica que requiere de un gran dominio emocional para cumplir los objetivos.

Las emociones afectan la capacidad de concentración, la toma de decisión y produce fallas en la actividad en general.

Las personas que logran permanecer calmos y equilibrados en situaciones de gran estrés tienen en general una estructura de personalidad firme y sólida, son seguras de sí mismas, saben lo que quieren y hacia donde desean ir.

El rendimiento óptimo se obtiene con el auto-control emocional, permaneciendo frío y relajado para favorecer el funcionamiento del cuerpo y de la mente y mantener el equilibrio; dándose cuenta de cuál es el sentimiento que pretende dominarnos.

La serenidad se logra desprendiéndose de esos sentimientos negativos, lo que da lugar al uso de la razón y la creatividad y permite utilizar todos los recursos disponibles hacia el logro de los objetivos. Pero también son necesarios el compromiso, la motivación, la iniciativa y el optimismo.

No se trata de reprimir las emociones sino de identificarlas, reconocerlas y transformarlas en energía positiva para nuestro beneficio.

Para satisfacer las exigencias sociales, así como para eliminar los efectos perjudiciales de las emociones sobre las actitudes, la conducta y el bienestar general, es esencial poseer el dominio de las emociones y de sus expresiones.

La consecuencia del dominio emocional constituye un índice de madurez psíquica.

2.3.2.1.DEFINICIÓN

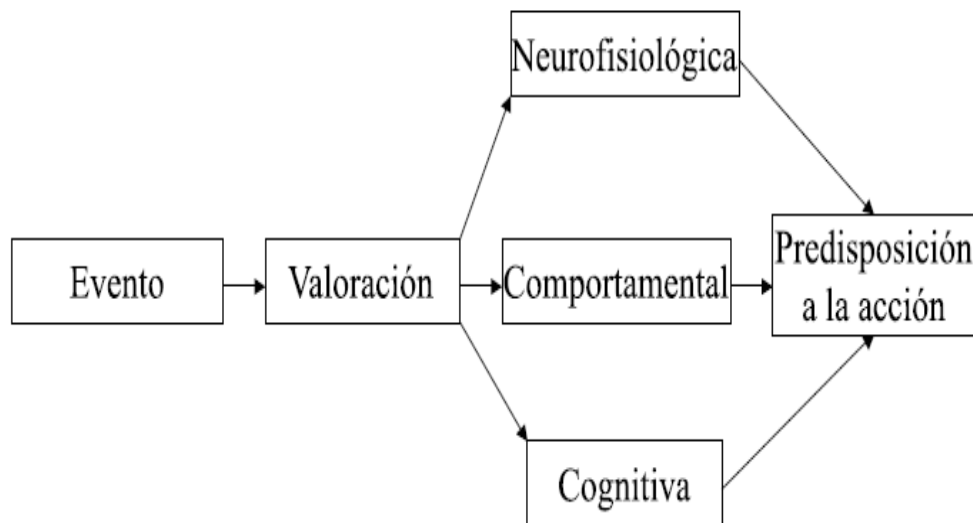
Para poder hablar de control emocional citamos qué es una emoción y que implicaciones para la práctica se derivan de este concepto.

Goleman (1996) escribe que: “el término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan”.

Una emoción se produce de la siguiente forma:

- Unas informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro.
- Como consecuencia se produce una respuesta neurofisiológica.
- El neocortex interpreta la información.

De acuerdo con este mecanismo, en general hay bastante acuerdo en considerar que una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno. En síntesis, el proceso de la vivencia emocional se puede esquematizar así:



Gran parte de lo que el cerebro realiza cuando se produce una emoción sucede independientemente del conocimiento consciente; se realiza de forma automática. Conviene insistir en que la mayoría de emociones se generan inconscientemente. También es útil distinguir entre reacciones emocionales innatas y acciones emocionales voluntarias.

Las respuestas de evitación se encuentran a mitad de camino entre ambas (LeDoux, 1999: 293). Cuando hablamos de las acciones emocionales voluntarias nos referimos a los sentimientos (LeDoux, 1999: 300). Estado de ánimo se refiere a un estado emocional mantenido durante semanas o más tiempo. Coincidimos con Frijda (1994) al afirmar que las emociones nos dicen qué hechos son verdaderamente importantes para nuestra vida.

(Fredrickson, 2001) se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc., que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente.

2.3.2.2.COMONENTES DE LA EMOCIÓN.

Hay tres componentes en una emoción: neurofisiológico, conductual, cognitiva.

Neurofisiológica: se manifiesta en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, etc. Todo esto son respuestas involuntarias, que el sujeto no puede controlar. Sin embargo se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas como la relajación. Como consecuencia de emociones intensas y frecuentes se pueden producir problemas de salud (taquicardia, hipertensión, úlcera, etc.). Por eso, la prevención de los efectos nocivos de las emociones en el marco de la educación emocional se puede entender como un aspecto de la educación para la salud.

Conductual: La observación del comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está experimentando. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo, movimientos del cuerpo, etc., aportan señales de bastante precisión sobre el estado emocional. Aprender a regular la expresión emocional se considera un indicador de madurez y equilibrio que tiene efectos positivos sobre las relaciones interpersonales.

Cognitiva: o vivencia subjetiva es lo que a veces se denomina sentimiento. Sentimos miedo, angustia, rabia y muchas otras emociones. Para distinguir entre la componente neurofisiológica y la cognitiva, a veces se emplea el término *emoción*, en sentido restrictivo, para describir el estado corporal (es decir, el estado emocional) y se reserva el término sentimiento para aludir a la sensación consciente (cognitiva). La componente cognitiva hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre. El etiquetado de las emociones está limitado por el dominio del lenguaje.

Dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias

restricciones a este conocimiento. Pero al mismo tiempo dificulta la toma de conciencia de las propias emociones. Estos déficits provocan la sensación de «no sé qué me pasa». Lo cual puede tener efectos negativos sobre la persona. De ahí la importancia de una educación emocional encaminada, entre otros aspectos, a un mejor conocimiento de las propias emociones y del dominio del vocabulario emocional.

Según el Diccionario de la Lengua Española, una emoción es un “estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, que produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto emocionado y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión”.

2.3.2.3. NEUROPSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES

Las emociones tienen mediadores neuroanatómicos. Estas son estructuras anatómicas interconectadas en redes neurales a saber:

- Corteza Paracingulada Anterior: Posibilita la representación mental de situaciones del entorno. Se activa cuando se adjudican finalidad, creencias o características humanas a los objetos o situaciones.
- Surco Temporal Superior: Es responsable de la percepción de conductas planificadas y las señales sociales.
- Polos Temporales: Media la evocación de recuerdos de la memoria. Aparecen activos cuando se detectan rostros y objetos, o cuando se reconocen o evocan recuerdos autobiográficos.
- Amígdala: Es una estructura subcortical ubicada dentro del lóbulo temporal medio. Su vecino más cercano es el hipocampo (estructura relacionada con la

función de la memoria). Esta cercanía permite el recuerdo de las emociones de manera tal que lo que se siente puede ser recordado y lo que es recordado puede ser sentido. La amígdala es vecina de los bulbos olfatorios. Actúa como un “disparador” que se activa en forma rápida ante situaciones sociales. Se relaciona con las funciones no conscientes. Tiene una función central en la relación de la emoción con la conducta social, es decir, relaciona las representaciones cognitivas y conductuales según el valor social que tiene el estímulo (si es bueno o malo, si asusta, o no).

Nauta y Feirtag (1986) afirman que la amígdala es la estructura que determina la actitud del organismo hacia el entorno. El consenso es que la amígdala es más sensible a las emociones y a los estímulos negativos. Sus conexiones con el resto del cerebro (corteza cerebral, tronco encefálico, tálamo, hipotálamo, hipocampo) son múltiples.

- La corteza prefrontal: Se divide en la corteza orbitofrontal, la ventromedial y la dorsolateral. Las funciones de la corteza prefrontal son varias. Posibilita el cambio del foco atencional y la flexibilidad cognoscitiva, facilita la capacidad de adaptación a situaciones nuevas, contribuye al cambio de estrategia de acción, hace posible tomar en cuenta diferentes opciones en una situación nueva o vieja y facilita la mediación de la conducta cooperativa.

Esto explica por qué un trauma en la corteza orbitofrontal produce dificultades en la capacidad de percibir y reconocer los aspectos específicos de la conducta en situaciones sociales y en la toma de decisiones (Barón-Cohen y cols., 1994). Traumas en la corteza prefrontal pueden producir desórdenes variados: tendencia a la preocupación; fijación de experiencias dolorosas pasadas; obsesiones; compulsiones y conducta oposicional; conducta querellante; conducta negativista; adicciones (alcohol, droga, ingesta); rigidez cognoscitiva; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos de la alimentación; conductas violentas en la calle; déficit atencional.

Schmahmann (2004), la corteza cerebral prefrontal tiene numerosas conexiones con el cerebelo y, en los casos de lesiones estructurales como las hipoplasias o tumores cerebelosos (especialmente cuando el vermis está comprometido), se observan dificultades en la conducta emocional y social. El síndrome cognitivo-emocional cerebelar ha sido atribuido en la literatura a las lesiones estructurales del cerebelo.

Levin (2005), los estudios publicados no indican aún una diferencia significativa o característica entre los desórdenes emocionales producidos a raíz de accidentes o una lesión cerebral congénita.

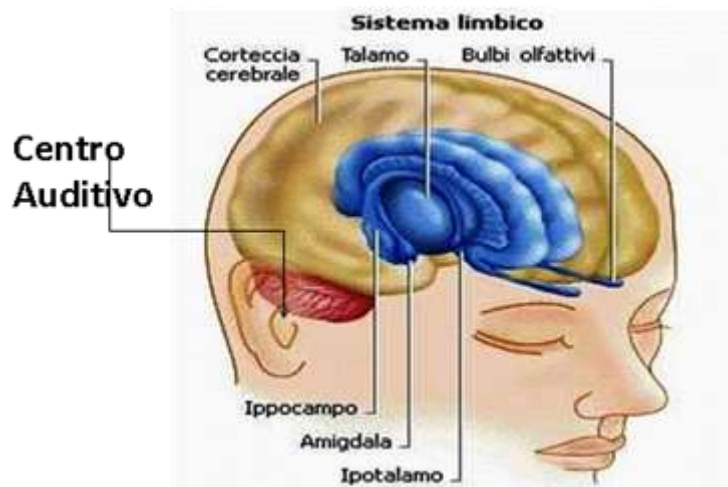


Figura 4. Neuropsicología de las Emociones

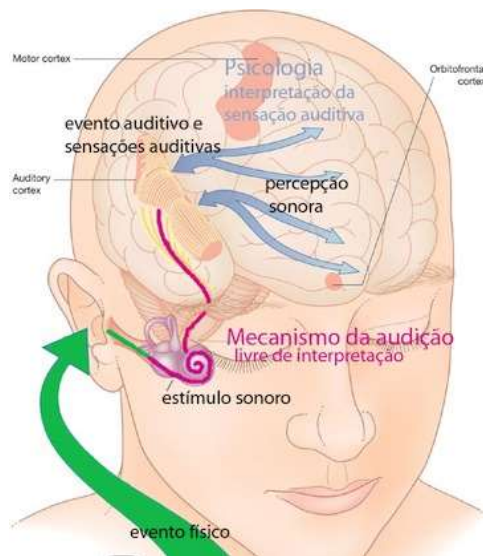


Figura 5. Mecanismo Auditivo de las Emociones

2.3.2.4.FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen.

Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

- a) Funciones adaptativas
- b) Funciones sociales
- c) Funciones motivacionales

a) **Funciones adaptativas.**

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones

ambientales, movilizando la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

Plutchik (1980) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde.

De esta manera será más fácil ejecutar este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción. La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en el siguiente cuadro:

Lenguaje Subjetivo	Lenguaje Funcional
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

Funciones de las emociones (tomado de Plutchik, 1980)

La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo ya fue puesta de manifiesto por Darwin (1872/1984), quien argumentó que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación. No obstante, las emociones son uno de los procesos menos sometidos al principio de selección natural (Chóliz y Tejero, 1995), estando gobernados por tres principios exclusivos de las mismas. Los principios fundamentales que rigen la evolución en las emociones son el de hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso.

b) Funciones sociales.

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal.

Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

La propia represión de las emociones también tiene una evidente función social. En un principio se trata de un proceso claramente adaptativo, por cuanto que es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social. No obstante, en algunos casos, la expresión de las emociones puede inducir en los demás altruismo y conducta prosocial, mientras que la inhibición de otras puede producir malos entendidos y reacciones indeseables que no se hubieran producido en el caso de que los demás hubieran conocido el estado emocional en el que se encontraba (Pennebaker, 1993).

Por último, si bien en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición (Pennebaker, Colder y Sharp, 1990) como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada (House, Landis y Umberson, 1988), los efectos sobre los demás pueden llegar a ser perjudiciales, hecho éste que está constatado por la evidencia de que aquéllos que proveen apoyo

social al afligido sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales (Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman y Greden, 1987).

c) Funciones motivacionales

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada.

Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características algedónicas de la emoción.

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

2.3.2.5.MODELO Y TEORÍAS DE LA EMOCIÓN

La emoción y la conducta emocional fueron objeto de interés a lo largo de toda la historia y existen numerosos intentos de formalizar una teoría o modelos de interpretación de este fenómeno. Mucho antes de la existencia de la neuropsicología, Platón y Aristóteles señalaron la relación entre la emoción y los valores morales. Las emociones son "buenas" si provocan una conducta moral y son "malas" si la conducta es contraria a los valores morales aceptables. Con la emergencia del

método científico, en el Renacimiento, la emoción pasa a ser considerada moralmente neutra y se la relaciona con estados fisiológicos del organismo.

Fredrickson (1998), en general, las lecturas psicológicas acerca de las emociones muestran una clara orientación de los psicólogos al estudio y teorización de las emociones negativas. Sin embargo, la experimentación de emociones positivas es central en la naturaleza humana y contribuye a la calidad de vida de las personas.

Desde la Psicología Positiva se mencionan varias razones posibles de por qué las emociones positivas han sido marginadas. La primera de ellas es que, en relación a las emociones negativas, las emociones positivas son menos numerosas y más difusas. La especulación sobre el origen de esta asimetría tiene que ver con que se supone que la selección natural forma emociones sólo para situaciones que contienen amenazas u oportunidades. Por lo tanto, hay más emociones negativas que positivas debido a que hay más diferentes tipos de amenazas que de oportunidades.

Además, el costo de fracasar en una respuesta apropiada ante una amenaza puede ser la muerte, en cambio, el fracaso en una emoción positiva no es tan grave.

Una segunda razón es que, el campo de la psicología, como se dijo anteriormente, gravita en torno a problemas y su consecuente resolución. Es así, que las emociones negativas acarrearán mayores problemas para los individuos y la sociedad que las emociones positivas

La tercera razón es que, la mayor parte de los teóricos han construido sus teorías emocionales basándose en emociones prototípicas. Dada la naturaleza difusa que caracteriza a las emociones positivas han tomado principalmente emociones negativas, como el miedo o la ira, (por su carácter tan específico) suponiendo que a partir de ellas se podrían explicar todas las demás, incluidas las positivas.

Sintetizando, según la Psicología Positiva las aproximaciones tradicionales al estudio de las emociones han tendido a ignorar a las emociones positivas y a incluirlas en modelos generales, confundiéndolas con otros estados afectivos que aunque mantienen cierta relación con ellas son diferentes, como por ejemplo el placer sensorial.

Fredrickson (2000) menciona que esto es un grave error ya que se están ignorando otras funciones que no comparten con los demás estados afectivos positivos y que son propias y exclusivas de este tipo de emociones.

En lo que se refiere a la definición de las emociones positivas, según Diener y colaboradores (2003) algunos opinan que una emoción positiva por definición debe referirse a una valencia positiva, para otros las emociones positivas resultan de una activación del sistema conductual que motiva la conducta. De acuerdo con este último enfoque las emociones positivas no sólo deben ser agradables, sino que es necesaria una conducta para que lo sean.

2.3.5.1. EL MODELO DE AMPLIACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE FREDRICKSON

En 1998, la doctora Bárbara Fredrickson elaboró este modelo para explicar la función que cumplen las emociones positivas, en contraposición con la función que se le atribuye a las negativas. Tradicionalmente, se partía de una visión en la que las emociones sólo se podían considerar como tales si cumplían dos requisitos:

Toda emoción se asocia, necesariamente, a tendencias de acción específicas (como, por ejemplo, luchar o escapar).

Toda emoción tiene como resultado una tendencia de acción física (siguiendo el ejemplo anterior, atacar o huir de la situación o estímulo que ha provocado esa emoción).

Fredrickson, por su parte, pone en duda ambos presupuestos argumentando que el hecho de que las emociones positivas no conduzcan a acciones tan urgentes como las negativas, no quiere decir que no den lugar a ningún tipo de actuación. Asimismo, considera que las emociones positivas lo que provocan son cambios en la actividad cognitiva, los cuales, en un segundo momento, pueden producir cambios en la actividad física.

El modelo de Ampliación y Construcción propone hablar de tendencias de pensamiento y acción, que hacen referencia a un repertorio mucho más amplio, que incluye explorar, saborear, jugar e integrar.

Las emociones positivas y los estados afectivos relacionados con ellas se vinculan en una ampliación de las posibilidades de la atención, la cognición y la acción, y a una mejora de los recursos físicos, intelectuales y sociales de la persona.

Las emociones positivas, asimismo, también amplían las posibilidades de acción y mejoran los recursos físicos. Si aumenta el campo de pensamiento, aumentará indirectamente el de la acción, a través de respuestas más creativas y acciones más variadas. En cuanto a los recursos sociales, estos también se ven incrementados, ya que se facilita la creación de relaciones sociales, de cooperación y de amistad.

Según el modelo de Fredrickson, hay tres efectos secuenciales de las emociones positivas:



- **Ampliación:** las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción.
- **Construcción:** debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas.
- **Transformación:** esta construcción produce la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las dificultades y socialmente mejor integrado, con lo que llega a una "espiral ascendente" que lleva a que se experimenten nuevas emociones positivas.

2.3.2.6.ADOLESCENCIA EN CONFLICTO CON LA LEY

Perfil de los menores infractores

La edad de mayor incidencia, en el momento del inicio de la medida judicial, es a los 14/15 años, habiendo de destacarse un cierto aumento en el número de mujeres en el sistema de reforma juvenil que se ha incrementado de manera significativa en los últimos años.

Los menores procedentes de familias ecuatorianas abarcan un amplio abanico de características y particularidades donde pueden apreciarse desde circunstancias relacionadas, por ejemplo, con el abandono de las responsabilidades parentales, con carencia de estrategias educativas por parte de los progenitores o con estilos educativos excesivamente permisivos hasta familias que, durante generaciones, han perpetuado estilos de vida marginales.

Los menores procedentes de otros países se caracterizan, en algunos casos, por haber viajado a Ecuador como refugiados o de forma irregular. Hablamos de menores no acompañados y que no cuentan con referentes familiares en su vida cotidiana, que tienen problemas de documentación o, directamente, se encuentran indocumentados.

Estos menores, en evidente descenso dentro del sistema de ejecución de medidas judiciales, presentan, en general, una importante desestructuración personal, con estilos de vida altamente influenciados por grupos de iguales de características semejantes y con una situación de riesgo social evidente por tratarse de personas de gran vulnerabilidad.

En otros casos, de creciente incidencia en el sistema, encontramos menores que han realizado un proceso migratorio en plena adolescencia para reunirse con sus padres, ya sea en territorio nacional o internacional, detectándose, a menudo, un sentimiento de desarraigo notable y una dificultad evidente para integrarse en una nueva sociedad, en una cultura distinta, sin los apoyos necesarios. Ello, unido a las extensas jornadas laborales de los progenitores, hace que se encuentren sin la necesaria supervisión y control por parte de adultos que puedan regular e influir en la práctica de estilos de vida saludables. De manera general, de una forma u otra, se trata de menores que presentan o han presentado un alto grado de absentismo y fracaso escolar, muestran capacidades intelectuales por debajo de la media, con frecuencia debido a la carencia de estímulos educativos y socio afectivos; han experimentado, en diversos grados, consumos de diferentes drogas, permanecen desocupados la mayor parte del día, no cuentan con límites ni normas, muestran una baja tolerancia a la frustración así como una deficiente capacidad para la resolución de problemas. Poseen en general, además, una baja autoestima y, en la mayoría, los sentimientos de autoeficacia se encuentran muy mermados.

En definitiva, se trata de menores que, de uno u otro modo, se presentan como carenciales: de afecto, de oportunidades, de éxito, de experiencias gratificantes, de referentes positivos, carenciales de normas y límites que ofrezcan seguridad personal, de estímulos educativos; son menores desmotivados, con pocos recursos y estrategias personales que les permitan la superación de crisis y les faciliten los cambios necesarios para mejorar los estilos de vida que protagonizan. En general, podría decirse que los menores y jóvenes internos presentan diferentes tipos de carencias y niveles de intensidad según los casos y, por tanto, con consecuencias distintas en la esfera socio-personal de cada uno:

- **Escolares y Académicos:** Son menores que, o bien no han tenido la oportunidad de recibir formación escolar (por cuestiones culturales, políticas o sociales), o bien, han protagonizado un grado elevado de absentismo escolar lo cual ha desembocado en el correspondiente fracaso y en un déficit académico importante, encontrándose por debajo del nivel medio que por edad les correspondería.
- **Intelectuales:** Nos encontramos con menores que con frecuencia presentan déficit de atención, falta de capacidad para la concentración, que son poco o nada perseverantes y no cuentan con hábitos de trabajo ni con habilidades para el desempeño de funciones que requieran de disciplina.
- **Afectivas:** Una mayoría importante pertenece a núcleos familiares disfuncionales. Con frecuencia han tenido una infancia marcada por las desatenciones, han podido sufrir maltrato físico o psicológico, abandono por alguno o ambos progenitores, también han podido ser sobreprotegidos, anulando sus potencialidades o no les han marcado límites y normas claras para un desenvolvimiento social adecuado. Encontramos también un número creciente de menores, sobre todo aquellos vinculados con el delito de violencia intrafamiliar ascendente, que habiendo tenido cubiertos todos los aspectos materiales, no disponen de un autocontrol adecuado de impulsos y su nivel de tolerancia a la frustración es muy bajo, en relación directa con los estilos parentales mantenidos.
- **Sociales:** Son menores procedentes, en muchos casos, de ámbitos donde se impone e interioriza un estilo de vida escasamente prosocial. Los hijos de familias inmigrantes sufren un gran cambio cultural al que les cuesta adaptarse, facilitando la vinculación con otros menores en semejante situación.

- **Culturales:** Estos menores, con cierta frecuencia, pertenecen a culturas diferentes a las admitidas mayoritariamente por la sociedad, con usos y costumbres no asumidos por la comunidad en general, que no participan en la cultura dominante, pudiendo integrarse en subculturas marginales relacionadas con delincuencia, drogas y violencia. Suelen ser muy influenciados por elementos “culturales” dominantes tales como televisión, publicidad y consumismo.
- **Laborales:** Los grupos sociales y familiares donde se desenvuelven estos menores sufren un alto nivel de inactividad laboral. También suelen darse casos en los que las actividades que realizan para conseguir ingresos económicos son de carácter marginal y, en ocasiones, ilegal. Aparecen también jornadas laborales excesivamente extensas que, unidas en ocasiones a inseguridad laboral y a trabajos inestables dan lugar, en definitiva, a una notable precariedad.
- **Salud:** A pesar de que estos menores muestran, en general, un estado de salud normalizado respecto a su grupo de edad, hay que destacar que presentan, también, deficiencias sanitarias relacionadas con la salud bucodental, con hábitos de higiene y alimentación, incorrecciones en el cuadro de vacunaciones, infecciones dermatológicas, desatenciones oftalmológicas; en definitiva, presentan una gran carencia en todo lo relativo a la prevención y mejora del estado general de salud. Asimismo encontramos la frecuencia en el uso de sustancias tóxicas, generalmente asociado al grupo de iguales y a los espacios de ocio.
- **Ocio:** Caracterizado por su escasa estructuración, hablamos de un ocio pasivo que suele centrarse en los lugares de encuentro del grupo. La alternativa es el ocio individual, bien asociado al visionado de TV o, en otros casos, al uso de ordenador, videoconsolas, etc. Se trata de un ocio poco constructivo y de escaso aporte para el desarrollo personal.

- **Personalidad:** En general encontramos menores que poseen una baja o disfuncional autoestima, una escasa tolerancia a la frustración, habilidades cognitivas deficitarias, inestabilidad emocional y dificultad para la empatía. También son escasamente asertivos, tienen pocas habilidades para la resolución de conflictos y muestran una evidente dificultad para asumir normas y ejercer control sobre sus impulsos.

Respecto a los delitos más frecuentemente cometidos por los menores infractores, estos se relacionan, principalmente, con el robo en sus diferentes modalidades y, en números inferiores, con el delito de lesiones, con el hurto y con los daños. Son poco significativos, a pesar de la alarma social que producen, los porcentajes referidos a delitos más graves. En este sentido, conseguir que los menores infractores tomen las riendas de su propia vida de manera responsable es tarea fundamental y para ello es preciso llevar a cabo una intervención responsable, que posibilite que los sujetos puedan solventar las carencias que han ido acumulándose en su desarrollo personal, a fin de reintegrarlos en la sociedad como ciudadanos libres, formados, responsables y comprometidos.

A este fin, la puesta en práctica de programas y actividades que les ofrezcan experiencias valiosas y de protagonismo positivo y que supongan, además, un alto grado de exigencia personal, son acicates fundamentales para su correcta evolución, así como para conseguir una mejora de su autoestima y auto concepto.

2.3.2.7. ESTADOS EMOCIONALES DEL ADOLESCENTE Y CAUSAS QUE LAS OCASIONAN

Una disposición o un estado de ánimo es una emoción manifiesta o prolongada. El hecho de que los jóvenes guarden y oculten sus sentimientos, hacen que permanezcan en el interior por horas y días, situación que no ocurriría si la presión emocional acumulada la liberara.

Así, cuanto mejor sea el control emocional del adolescente, tanto más sombrío será su estado de ánimo.

- **MIEDO:** El miedo que siente un adolescente, depende en muchas ocasiones de la edad y se clasifica a grandes rasgos en:
 - Miedo a ciertos objetos materiales.
 - Miedo a las relaciones sociales.
 - Miedo relativo a sí mismo.

- **PREOCUPACIONES:** La preocupación es un tipo de temor que proviene más de causas imaginarias que reales. Los motivos de preocupación en los adolescentes son:
 - **Trabajos escolares**
 - Peligros de orden físico.
 - **Exámenes y tests**
 - Situación económica social
 - **Calificaciones**
 - Capacidad
 - **Problemas escolares**

- **ANSIEDAD:** Se le denomina ansiedad al estado emocional en el cual el estímulo perturbador no precede ni acompaña al propio estado, sino que se anticipa al futuro.

- **IRA:** Los estímulos que provocan la ira en los adolescentes son principalmente de orden social. Las causas más comunes de la ira son:
 - Ser objeto de burlas.
 - Ser tratados injustamente.

- Verse despojado de sus pertenencias.
 - El que se les mienta.
 - El que se les mande.
 - El que no les salgan las cosas bien.
 - Tratamiento cruel a niños o animales domésticos.
 - Interrupción de actividades habituales (estudio, sueño).
 - Planes frustrados.
 - Los actos de gobierno.
- **DISGUSTO:** Es una forma de irritación que tiene su origen en el ámbito social. Ejemplos:
- Los castigos por cosas que no han cometido.
 - La gente que hace trampas o cosas injustas.
 - La gente que insulta y miente.
 - Fricciones con los padres.
 - Los castigos en la escuela o en el hogar.
- **FRUSTRACIÓN:** Son todos los obstáculos que existen en el ambiente o en sí mismo, que impiden satisfacer un deseo o alcanzar la meta que se ha fijado. Kuhlen ha propuesto una clasificación de las circunstancias frustratorias que incluye las siguientes cuatro categorías:
- Deficiencias biológicas.- Defectos físicos torpeza intelectual.
 - Hábitos o aptitudes inapropiadas.- Debido a las nuevas situaciones que enfrenta el adolescente.
 - Carencias o riesgos del ambiente.- Precaria economía, normas y reglamentos que interfieren en sus deseos.
 - Conflictos entre motivos opuestos o incompatibles.- Adolescente que se le prohíbe salir con un grupo de amigos, por la mala reputación del grupo.

- **CELOS:** Pueden ser provocados por cualquier situación en que intervenga gente por la cual el individuo sienta un afecto profundo. También las actitudes de posesión originan los celos. Reacciones típicas de los celos:
 - Ataque físico.
 - Sarcasmo.
 - Ridículo.
 - Hablar despectivamente del opositor.
 - Llanto.

- **ENVIDIA:** Es una emoción que se asemeja a los celos, pero difiere de éstos en que no es el individuo el que estimula esta emoción, sino las posesiones materiales de dicho individuo.

- **CURIOSIDAD:** Deseo dirigido hacia el conocimiento de las cosas que nos llaman la atención. La curiosidad puede ser excitada por factores de motivación objetiva (publicidad) o por factores subjetivos (conflicto con el objeto).

- **AFECTO:** Es una reacción emocional determinada por relaciones agradables. En la infancia, el niño le puede tener afecto a objetos y animales domésticos, mientras que en la adolescencia la emoción se asocia primordialmente con personas, nunca con juguetes u objetos animados, y solo ocasionalmente con animales domésticos.

- **PESAR:** Sentimiento de pena, que en la adolescencia es muy frecuente que se dé debido a acciones negativas de los jóvenes.

- **FELICIDAD:** En la adolescencia, como en la infancia, esta emoción se halla influida en gran parte por el estado físico general del individuo, aunque la buena salud por sí sola no es capaz de hacer feliz al adolescente. Sin

embargo, si este se halla predispuesto a la felicidad por encontrarse en un buen estado físico, cuatro tipos de situaciones pueden provocar esta emoción en grado variable de intensidad.

- Buena adaptación intelectual.- Felicidad por sus estudios.
- Percibir un elemento cómico.- Disfrutar riéndose de los demás (humor).
- Liberación de energía acumulada.- Sensación de bienestar.
- Sentimientos de superioridad.- Tener todo.

Cualquier experiencia que resulte vivida para una persona y que vaya acompañada de intensas emociones, es probable que ejerza profunda influencia sobre sus actitudes, valores y conductas futuras. Las emociones, como todos los demás estados psíquicos, tienen sus características positivas y negativas.

2.3.3. APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL CONTROL EMOCIONAL EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN “VIRGILIO GUERRERO”.

El trabajo psicoterapéutico se lo realizó en el salón de audiovisuales del centro, se trabajaron dos días a la semana, los martes y los jueves, en horario de la mañana de 10:30 a 12:30 horas.

Los talleres tuvieron una modalidad abierta debido a la inestabilidad de las adolescente internos para participar de los sesiones, sea ésta por disposición propia o por situaciones propias de la institución (salidas a audiencias, sanciones de comportamiento, salidas médicas). Por esta razón se sostuvo la modalidad de taller abierto a lo largo de todo el tratamiento.

El grupo se conformó con 6 adolescentes comprendidas entre 15 y 18 años, ubicados en la sección Futuro del pabellón de internamiento.

El setting (equipo) instrumental usado en los talleres de musicoterapia estuvo conformado por:

- Una guitarra.
- Equipo de amplificación propia de la institución
- Reproductor de música
- Un micrófono
- Computador portátil con software de grabación de audio.

ETAPA DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL

- ❖ Se observó a los adolescentes en su medio, donde se valoró su comportamiento, su duración fue de dos sesiones. (1° semana).
- ❖ La información verbal se receptó de los acercamientos a los educadores, maestros de talleres y coordinadores de la sección de internamiento, acerca de cómo es el comportamiento de los adolescentes en la institución,
- ❖ También se pudo tener un diálogo inicial con los adolescentes dando a conocer nuestras intenciones.
- ❖ Se realizó una jornada de integración donde hubo un ciclo de talleres, el objetivo fue entablar alianzas terapéuticas significativas con los adolescentes, su duración fue de dos sesiones (2° semana), se trató los siguientes temas:
 - Nos Conocemos
 - Como soy
 - Combinamos fallos y limitaciones

- ❖ En estas sesiones debido a los criterios de inclusión se escogieron a los 6 participantes.
- ❖ En la 3° semana, ya conformada la muestra de investigación, se dio a conocer sobre la música y sus beneficios en el control emocional.
- ❖ Se exploró el gusto musical y llegamos a determinar el trabajar, con el género musical del RAP. Su duración fue de dos sesiones (3° semana).

EXPLORACIÓN DE EMOCIONES

- ❖ Se realizó el estudio psicométrico inicial con la aplicación del reactivo psicológico: Escala de Emociones positivas y negativas de Fredrickson, duración de dos sesiones (4° Semana).
La evaluación se realizó individualmente para una mejor comprensión del adolescente.
- ❖ Iniciamos el ciclo de talleres relacionado a las emociones, su duración fue de dos sesiones (5° semana), abarcamos los siguientes temas:
 - Experimentando emociones
 - Expresamos emociones
 - Cuando me enfado
 - Somos impulsivos
 - Nos controlamos

ETAPA DE TRATAMIENTO

APLICACIÓN DEL MODELO MUSICOTERAPÉUTICO BASADO EN LA TERAPIA DE IMPROVISACION LIBRE DE JULIETTE ALVIN.

FASE 1

Durante esta primera fase el paciente se relaciona con el mundo físico de los objetos por medio de actividades que le conectan corporalmente con el entorno:

- ❖ Técnicas activas. Cualquier forma de participación o juego musical: Improvisación libre, ejercicios motrices, juegos visuales de notación simple, encajar sonidos.

Se realizaron dos sesiones grupales donde se compartió con los adolescentes el gusto musical, se realizaron improvisaciones de letras y sonidos, y hubo un acercamiento con el setting (equipo) musical; se solicitó a los adolescentes improvisar libremente en la escritura de temas relacionados a su sentir en este proceso de internamiento. (Técnica activa). (6° semana)

- Técnicas receptivas. El terapeuta trabaja para formar una relación paciente-terapeuta. Los instrumentos se utilizan como objetos intermediarios proporcionando: por un lado una barrera segura entre uno y otro y por otro un punto de contacto.
 - El terapeuta improvisa con el cliente de un modo personal pero no amenazante.
 - El terapeuta ajusta su música a las reacciones de escucha del paciente.

En La 7° Semana los terapeutas trabajan para realizar una relación paciente-terapeuta, utilizando objetos intermediarios, en este caso la guitarra y las pistas musicales improvisadas por uno de los terapeutas. (Técnica receptiva).

FASE 2

La segunda fase se dedica a establecer una relación paciente-terapeuta que facilite el Autoconocimiento y ayude al paciente a resolver conflictos personales que le llevaron al aislamiento.

- ❖ Técnicas activas. La improvisación libre como técnica más eficaz de favorecer el Autoconocimiento, resolver conflictos y crear una relación con el terapeuta.

Se realizó dos sesiones grupales; y se motivó a que compartan sus composiciones escritas con el resto de sus compañeros para favorecer el autoconocimiento de sus emociones, posteriormente las composiciones escritas son acompañados por las improvisaciones musicales del terapeuta, tomando en cuentas las recomendaciones melódicas y rítmicas que daban los mismos adolescentes. (8° semana).

- ❖ Técnicas receptivas. Grabar la improvisación y escucharla después.
Desde la 9° a la 11° semana se iniciaron sesiones individuales, con las grabaciones de los temas escritos anteriormente facilitando así la resolución de conflictos a nivel personal.

FASE 3

Esta fase ayuda al paciente a relacionarse con padres, compañeros u otros grupos. Implica traer a la situación de terapia a los padres o situar al paciente en un grupo.

- Transferir la relación paciente-terapeuta a la del padre
- Técnicas de grupo activas.
 - Improvisación musical. Con instrumentos de altura indeterminada o con la escala pentatónica
 - La improvisación comienza con un silencio que permita la preparación de todo el grupo.
 - Se suele buscar nombre para el grupo y para la improvisación.
- Técnicas receptivas
 - Escucha de la música grabada como medio de integración, hace que la experiencia sea real para todos los miembros del grupo

Se coordinó con la institución para incluir dentro de una de sus programaciones culturales la presentación de los adolescentes participantes de la investigación, con la finalidad de compartir su sentir con sus familiares y compañeros. Para afianzar más a este grupo, se lo nombró “Tiempo de Gloria”. (12° semana).

Al compartir los adolescentes su experiencia musical con sus familiares y compañeros ayuda a estos, por medio de las letras, a proyectarse a un futuro esperanzador, mitigando así la ansiedad, la culpa, la ira., mejorando notablemente su comportamiento en el centro y sobre todo en el control emocional que se refleja en la manera de buscar estrategias para la solución de problemas que se les presenten.

ETAPA DE EVALUACIÓN

- ❖ Al finalizar se realizó el siguiente proceso de evaluación basado esencialmente en la información musical:
 - La escucha
 - El canto

- Las respuestas en estas áreas se analizan para determinar la habilidad del paciente para formar tipos de relaciones y su nivel de desarrollo en los campos:
 - Físico
 - Intelectual
 - Socio-emocional

En la presente investigación, la evaluación final tuvo como actividad la grabación de las composiciones que realizaron los adolescentes, se observó su accionar frente a circunstancias extrañas a su desenvolvimiento normal (estudio de grabación improvisado en el centro), buena capacidad receptiva a las instrucciones que daba el profesional de grabación, buenas relaciones sociales entre ellos. Mejoramiento en el acercamiento emocional hacia sus compañeros y hacia las familias.

- ❖ Se realizó el estudio psicométrico final con la aplicación nuevamente del reactivo psicológico: Escala de Emociones positivas y negativas de Fredrickson, su duración es en una sola sesión (12° Semana), dado que ya conocían el test.

2.3.4. CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO”

El Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” ubicado en las calles Isaac Albéniz E5-01 y Lizarzaburu, Sector del Inca, cantón Quito, provincia Pichincha, institución que pertenece al estado ecuatoriano (Ministerio De Justicia), dirigida y administrada por la Congregación De Religiosos Terciarios Capuchinos desde el 13 de febrero de 1995, cuyo fin es brindar apoyo integral a adolescentes varones de entre 12 a 18 años en conflicto con la ley.

De conformidad con la constitución de la república, la legislación internacional y el código de la niñez y adolescencia, el centro de orientación juvenil ofrece:

- Acogida y asistencia a las necesidades básicas: alimentación, salud, alojamiento.
- Atención en el área de psicología.
- Atención en el área de trabajo social.
- Capacitación laboral.
- Actividades recreativas.
- Asistencia en salud.
- Formación académica.
- Formación espiritual.
- Actividades ecológicas.
- Atención a problemas relacionados con el uso y abuso de drogas.

El centro se apoya en el trabajo de educadores especializados a cargo de los adolescentes, divididos en 3 programas; recepción, internamiento y libertad asistida.

Misión:

El centro de orientación juvenil Virgilio guerrero, es una institución de estado ecuatoriano que ofrece a los jóvenes a los jóvenes adolescentes, privados de la libertad por infringir la ley, mejorar su calidad de vida individual, familiar y social a

través de una intervención socioeducativa y el acompañamiento de un equipo profesional.

Objetivo del centro:

Ofrecer un proceso educativo a jóvenes infractores de la ley, que facilite su desarrollo integral, reconociendo su condición de persona con derechos y responsabilidades, y promoviéndolos para que sean ellos mismos los protagonistas principales de su propia superación.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ADOLESCENCIA: transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.

AGRESIVIDAD: Actuar de forma restringida sobre otras personas u objetos y suele considerarse como un síntoma importante de desequilibrio e inadaptación respecto al medio ambiente.

ANTISOCIAL: Persona incapaz de adaptarse al orden social. No acepta ser gregario o parte de la sociedad a la cual rechaza y detesta, llegando incluso por sus propias convicciones a atentar contra cualquiera de ellos sin distingo o diferenciación alguna

AUTOESTIMA: Un sentido del valor; sentimiento positivo sobre uno mismo y las propias habilidades. Una persona con buena autoestima se siente respetada, valorada, y capaz de hacer las cosas con éxito y de manera independiente.

CONDUCTA: es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos.

CONFLICTO: Un conflicto humano es una situación en que dos o más individuos o grupos con intereses contrapuestos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas, con el objetivo de neutralizar, dañar o eliminar a la parte rival -incluso cuando tal confrontación no sea física

CONTROL: El acto o el poder de dominar, dirigir, regular, comandar, controlar.

EMOCIÓN: Sentimientos intensos que se dirigen a algo o alguien.

FRECUENCIA: Frecuencia es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico. Para calcular la frecuencia de un suceso, se contabilizan un número de ocurrencias de este teniendo en cuenta un intervalo temporal, luego estas repeticiones se dividen por el tiempo transcurrido.

FRUSTRACIÓN: es una respuesta emocional común a la oposición relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual. Cuanto mayor es la obstrucción y la voluntad, mayor también será probablemente la frustración. La causa de la frustración puede ser interna o externa

HABILIDADES SOCIALES: las habilidades sociales exigen que el sujeto posea un repertorio amplio, flexible y versátil de conductas, para educar su comportamiento en función de los objetivos, sus propias capacidades y las exigencias del ambiente.

HIP – HOP: El hip hop es un movimiento artístico que surgió en Estados Unidos a finales de los años 1960 en las comunidades afroamericanas y latinoamericanas de barrios populares neoyorquinos como Bronx, Da origen al rap. Incluye también manifestaciones artísticas como el grafiti y bailes como el break dance.

IMPULSIVIDAD: Que impulsa; Persona que reacciona frecuentemente siguiendo sus impulsos inmediatos sin tomarse el tiempo para reflexionar

INTENSIDAD: El grado de fuerza con que se manifiesta un fenómeno (un agente natural, una magnitud física, una cualidad, una expresión, etc.).

IRA: es una emoción que se expresa con rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen aumento del ritmo cardiaco, presión sanguínea y niveles de adrenalina

IRRITABILIDAD: Cualquier cosa te saca de quicio, te altera. Propensión a irritarse. Tendencia a la excitabilidad excesiva, con una influencia inducida por las excitaciones exteriores.

MÚSICA: arte de organizar sensible y lógicamente una combinación coherente de sonidos y silencios utilizando los principios fundamentales de la melodía, la armonía y el ritmo, mediante la intervención de complejos procesos psico-anímicos

MUSICOTERAPIA: La musicoterapia es el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión. Uso terapéutico de la música para mejorar la salud mental.

TOLERANCIA: que respeta ideas y formas de actuar aun cuando no las comparte, capacidad de aceptar o respetar la ideología y los valores sociales de otra persona o grupo de personas

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1. HIPÓTESIS

La musicoterapia ayuda a regular las emociones negativas y positivas para el adecuado control emocional en los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.

2.5.2. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Musicoterapia

VARIABLE DEPENDIENTE: Control emocional

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Musicoterapia	Es un proceso psicoterapéutico para obtener la salud a través de experiencias musicales, con una finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano. (Poch, 1981)	Proceso Psicoterapéutico	Fase 1 Conexión con el entorno físico Fase 2 Relación paciente- terapeuta autoconocimiento de emociones Fase 3 Compartir con su entorno la improvisación libre musical	Observación: Registro de seguimiento psicoterapéutico.
VARIABLE DEPENDIENTE Control Emocional	Uso inteligente de las emociones, que nos brinda la capacidad de controlarlas para adecuarlas a cada momento sin que nos veamos arrastrados por ellas y seamos más conscientes de nuestros sentimientos y acciones.(Goleman, 1996)	Control de emociones	Emociones Negativas: Culpa Ira Ansiedad Emociones Positivas: Agradecimiento Esperanza Amor	Reactivo Psicológico: Escala de Emociones Positivas y Negativas de FREDRICKSON

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

El diseño metodológico permite al investigador crear la forma que guiará las estrategias y los procedimientos que serán el camino para encontrar las respuestas al problema, y de este modo comprobar la hipótesis y así poder llegar a alcanzar los objetivos de la investigación. Los métodos utilizados en la presente investigación son:

- **CIENTÍFICO:** la investigación es científica porque, consiste en la observación sistemática, medición y experimentación, y la formulación, análisis y modificación de las hipótesis.
- **CLÍNICO:** por medio de esta se pudo determinar la falta de control emocional y los inconvenientes en el convivir. Al aplicar el método clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento psicológico.
- **PSICOMÉTRICO:** porque se aplicó el reactivo psicológico escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson; medible, válido y confiable Incluye, por tanto, la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos que permitan determinar la medición de una variable o conducta psicológica previamente definida.
- **DEDUCTIVO – INDUCTIVO** A partir del estudio de un grupo de adolescentes privados de la libertad dentro del Centro de Orientación Juvenil Virgilio Guerrero de la ciudad de Quito, se indagará y se obtendrá una aproximación sobre el control emocional que mantienen los adolescentes en su convivencia que luego; a través de la Musicoterapia, se irán mejorando, con los resultados obtenidos se realizaran conclusiones generales acerca de la dinámica del control emocional de los mismos. Para la comprensión e interpretación de los datos recolectados.

3.2.TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se caracteriza por ser:

DESCRIPTIVA.- tipo de investigación que describe de modo sistemático las características de una área de interés como los adolescentes en conflictos con la ley, aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis , exponen y resumen la información de una manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento Porque una vez que exista el estudio profundo de la problemática a investigarse, se describirá con fundamento de causa el fenómeno estudiado.

3.3.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Atendiendo a los objetivos delimitados, la investigación se orienta hacia la incorporación de un diseño cuasi experimental- transversal, por cuanto este diseño de investigación permite recolectar datos en forma directa de la realidad en estudio. Diseño que como plan o estrategia permitirá orientar desde el punto de vista técnico, y guiar todo el proceso de investigación desde la recolección de los datos, hasta el análisis e interpretación de los mismos en función de los objetivos del estudio, a fin de determinar el efecto de la musicoterapia en el control emocional de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.

Los diseños cuasi experimentales también manipulan al menos una variable independiente para ver su efecto o relación con una o más variables dependientes, solamente que difieren de los experimentos “verdaderos” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. En los diseños cuasi-experimentales los sujetos no son asignados al azar a los grupos ni emparejados; sino que dichos grupos ya están conformados antes del experimento, son

grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron fueron independientes o aparte del experimento).

3.4.TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL.- porque el proceso de investigación estuvo dado por sesiones, dos veces a la semana con duración de dos horas cada una; por un período de tres meses, en el cual se observó a los adolescentes en la expresión de sus emociones, se aplicó la musicoterapia para el control emocional, se analizó resultados del test aplicado y se realizó la comprobación de hipótesis.

3.5.POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población de la investigación se realizó con 20 adolescentes de 15 a 18 años de edad en conflicto con ley asilados en el CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL VIRGILIO GUERRERO.

3.5.2. MUESTRA

Para realizar esta investigación se conformó un grupo dentro de la sección “Futuro” del Centro De Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito, compuesto por no más de 6 adolescentes de 15 a 18 años de edad privados de la libertad. La participación de los mismos en el taller fue voluntaria y se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

La mayoría del grupo tuvo ya independencia familiar desde temprana edad, dos de ellos son padres de familia, sus familias acuden a visitarlos continuamente, salvo el caso de un muchacho quien tiene visitas esporádicamente.

Todos no han terminado sus estudios, apenas han llegado a concluir el 7mo de educación básica.

Su situación socioeconómica es media baja, de nacionalidad ecuatoriana y uno de nacionalidad colombiana.

Las causas de internamiento de los adolescentes han sido por violación, robo, asesinato y homicidio. Pese a que los muchachos no hablan de sus causas, en el transcurso de la investigación nos dieron a conocer las causas mencionadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de 15 a 18 años.
- Adolescentes que les guste la música género rap.
- Adolescentes que cumplan con la normativa del centro de internamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que generen comportamientos negativos dentro de las actividades de la institución.
- Adolescentes menores de 15 años
- Adolescentes que no gusten del género rap.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos más pertinentes que se utilizarán para la recolección de la información, datos son:

3.6.1. TÉCNICAS

- **Observación Clínica.-** La observación estuvo centrada en las relaciones interpersonales, su dinámica y probabilidades de cambio a través de la implementación de diversas técnicas musicoterapéuticas.
- **Reactivos Psicológicos.-** son instrumentos psicométricos que nos ayudan a verificar cuantitativamente.

3.6.2. INSTRUMENTOS

- **Registro de Seguimiento psicoterapéutico.**

Se elaboró una ficha de seguimiento para observar los avances del grupo de adolescentes, el objetivo fue tener un registro de los avances obtenidos sesión tras sesión en cuanto a la cohesión grupal que se formará con la interacción, sobre su participación en las etapas de calentamiento, relajación, saber cómo era su predisposición a las actividades planteadas, saber cómo fue su desarrollo en los ejercicios de improvisación, su creatividad; y en cuanto a los investigadores, saber si conseguimos con las actividades propuestas la exploración de emociones y la relación paciente-terapeuta (ANEXO III).

▪ **Escala De Fredrickson Sobre Emociones Positivas y Negativas**

La escala de emociones positivas y negativas se aplicó en forma inicial y al final de la musicoterapia a los adolescentes de 15 a 18 años de edad del centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.

Fredrickson (2009) ha desarrollado una escala y teoría sobre las emociones positivas. Dado que propone diez adjetivos que describen cada emoción a niveles de intensidad diferente (irritación e ira), con una escala de 5 grados de intensidad, también incluye un repertorio de respuestas emocionales de menor intensidad (calma o tensión nerviosismo), por estas características la escala de Fredrickson es un instrumento útil y complementario a los antes descritos.

Cada una de las emociones positivas se asocia a formas de pensar y actuar creativas, ampliando el repertorio de respuestas posibles y a largo plazo, crean recursos psicológicos e interpersonales. En contraste las emociones negativas, se activan rápidamente y orientan el pensamiento y acción hacia unas repuestas específicas y restringidas.

La escala de Fredrickson mide las diez emociones positivas: 1diversión o humor, 4 asombro sobrecogido, 8 agradecimiento, 11 esperanza, 12inspiración, 13 interés, 14 alegría, 15 amor, 16 orgullo y 19 calma o serenidad.

Así como diez emociones negativas: (2 enojo o ira; 3 “embarazo” corte o vergüenza ligera, 5 desprecio; 6 asco; 7 vergüenza; 9 culpa; 10 odio; 17 tristeza; 18miedo y 20 ansiedad).

Sume los ítems $1+4+8+11+12+13+14+15+16+19$ para tener un total de emociones positivas y divide por diez.

Sume los ítems 2+3+5+6+7+9+10+17+18+20 para tener un total de emociones negativas y divide por diez.

Constata que episodios intensos de nivel 3 y 4 son minoritarios. La mayoría de emociones se dan en un nivel de baja intensidad. Compara las medias de emociones positivas con las negativas. La balanza de afectos es positiva en dos tercios de las personas. Una balanza de afectos negativa indica un episodio estresante o negativo en la vida de las personas.

Utiliza la evaluación final para tener una estimación del estado de ánimo dominante. Cuando haya alta afectividad negativa y positiva se da un episodio de ambivalencia emocional. (ANEXO II)

3.7. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de la escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson son interpretadas en cuadros estadísticos y representadas en gráficas elaboradas en Excel, en dónde se confrontará con la información teórica-científica que sustenta el trabajo investigativo.

De los resultados obtenidos con la ficha de seguimiento, analizaremos cualitativamente como fue la evolución del grupo investigado en el transcurso de los talleres de musicoterapia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

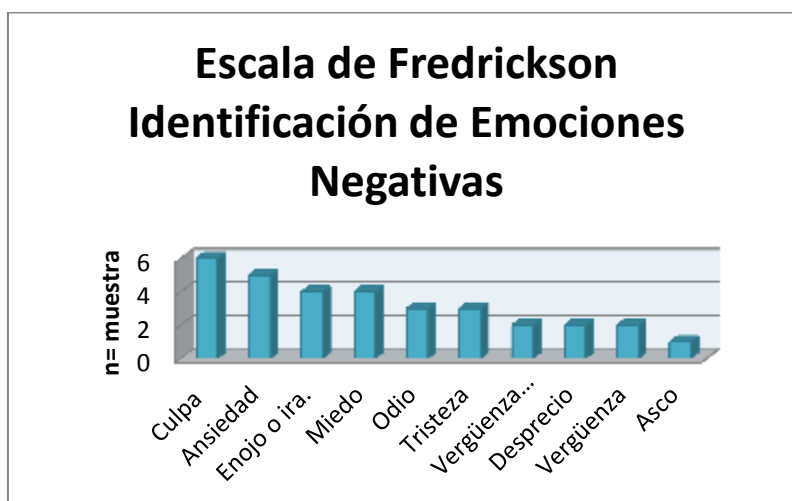
4.1. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON

CUADRO N° 1: Identificación de las Emociones Negativas

EMOCIONES NEGATIVAS	n= Muestra de Adolescentes	
	SI PRESENTAN	NO PRESENTAN
Culpa	6	0
Ansiedad	5	1
Enojo o ira.	4	2
Miedo	4	2
Odio	3	3
Tristeza	3	3
Vergüenza ligera.	2	4
Desprecio	2	4
Vergüenza	2	4
Asco	1	5

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”
 ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

GRAFICO N° 1: Identificación de las Emociones Negativas



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”
 ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

Análisis e Interpretación:

Las emociones negativas identificadas en los adolescentes son: la culpa presente en el total de la muestra, los adolescentes sienten que podrían haber evitado su acción y que sin embargo no lo ha hecho de manera que la responsabilidad cae sobre ellos mismos, la ansiedad se presenta en 5 adolescentes reflejado en el nerviosismo e incapacidad para analizar pormenorizadamente sus situaciones personales y buscar una solución, el enojo o ira presente en 4 adolescentes que sienten frustración al no poder cumplir con sus objetivos, el miedo presente en 4 adolescentes debido a amenazas y a la sensación de que el solucionar su situación puede requerir grandes esfuerzos, el odio presente en 3 adolescentes caracterizada por ser intensa e infrecuente dirigida hacia alguna persona o grupo al que responsabilizan de algún daño grave, la tristeza presente en 2 adolescentes emoción asociada a situaciones de pérdida, a situaciones que no podemos evitar y sobre las que creemos que no podemos hacer nada para solucionarlas, la vergüenza presente en 2 adolescentes, emoción se asocia a la auto-percepción de una acción que consideramos incorrecta, el desprecio presente en 2 adolescentes surge de la evaluación negativa de otro a la par que el auto-ensalzamiento, suele tener un claro componente moral, se atribuye al otro falta de ética y moralidad por lo que se le rechaza. El asco presente en 2 adolescentes, se habla de un asco moral que se produce cuando evaluamos una acción inmoral de consecuencias graves.

Se observa cómo estas emociones negativas identificadas van acorde con la realidad que viven, los adolescentes en conflicto con la ley que son privados de la libertad. Adolescentes a quienes les invade la culpa de sus actos, el enojo y la ansiedad de su medida de internamiento, el miedo a lo inesperado de su vivencia en el centro y el odio hacia las personas que lo denunciaron, o hacia el educador que cumple con su labor reeducativa, se denota la realidad del adolescente en conflicto con la ley.

Watson, (2000) las emociones negativas se activan infrecuentemente y lo hacen ante hechos estresantes, orientan rápidamente la atención y acción, aunque a largo plazo son minimizadas e influyen menos la elaboración cognitiva a largo plazo.

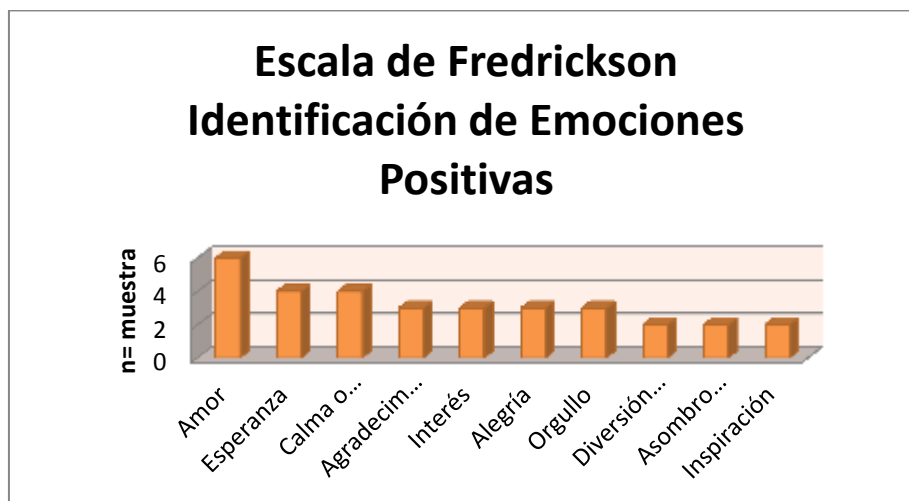
CUADRO N° 2: Identificación de las Emociones Positivas.

EMOCIONES POSITIVAS	n= Muestra de Adolescentes	
	SI PRESENTAN	NO PRESENTAN
Amor	6	0
Esperanza	4	2
Calma o serenidad	4	2
Agradecimiento	3	3
Interés	3	3
Alegría	3	3
Orgullo	3	3
Diversión o humor	2	4
Asombro o respeto sobrecogido	2	4
Inspiración	2	4

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

GRÁFICO N° 2: Identificación de las Emociones Positivas.



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

Análisis e Interpretación:

En la identificación de emociones positivas se obtuvieron los siguientes resultados:

El amor se encuentra presente en 6 adolescentes, reflejado en sentir alegría al compartir experiencias positivas, la emoción calma o serenidad presente en 4 adolescentes, evidenciada en situaciones estables que no implica mucho esfuerzo para cumplir lo que desean, la emoción esperanza presente en 4 adolescentes, evidenciada en situaciones negativas e inciertas, inspirando a los adolescentes a planificar un mejor futuro para si mismo y los otros, el agradecimiento se presenta en 3 adolescentes se vivencia en la ayuda reciproca para que las cosas vayan bien o mejoren dentro del centro, la emoción interés presente en 3 adolescentes, reflejado en la información nueva que llama la atención que propicia la sensación de que hay posibilidades de aprender algo nuevo relevante, la alegría presente en 3 adolescentes emerge en contextos seguros en el que las cosas van como deben ir e incluso mejor o más rápido y orgullo presente en 3 adolescentes evidenciado cuando se sienten responsables de algo positivo, moralmente valorado como las composiciones escritas y musicales , diversión o humor presente en 2 adolescentes que se da al socializar y a compartir su diversión con otros, asombro e inspiración presente en 2 adolescentes esta emoción positiva ocurre cuando perciben modelos positivos a seguir.

Los resultados obtenidos tienen relación directa con la pedagogía de reeducación con la que trabaja el centro de orientación juvenil, pues es administrada por la comunidad religiosa Terciarios Capuchinos. El trato que dan a los adolescentes a su ingreso es de mucha consideración y respeto. Esta comunidad tiene su formación en la reeducación juvenil basada en la pedagogía del amor con exigencia, sin juzgar, sin criticar, brindando un trato humano.

Fredrickson, (2009) cada una de las emociones positivas se asocia a formas de pensar y actuar creativas, ampliando el repertorio de respuestas posibles y a largo plazo, crean recursos psicológicos e interpersonales.

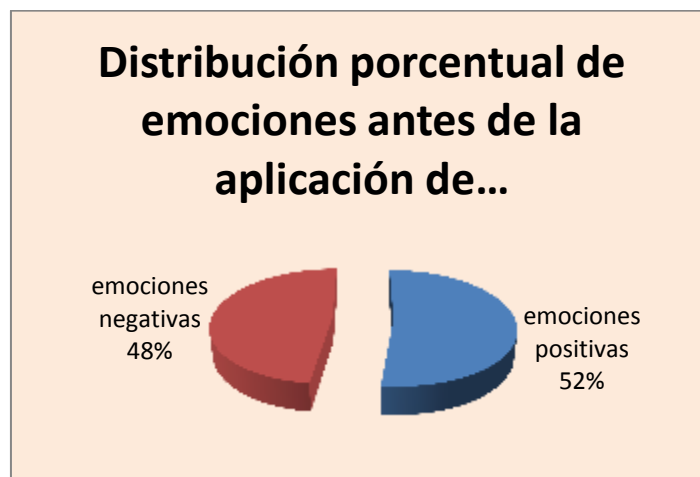
CUADRO N° 3: Distribución porcentual de emociones antes de la aplicación de la musicoterapia

EMOCIONES POSITIVAS	Porcentaje presente en la muestra (%)	EMOCIONES NEGATIVAS	Porcentaje presente en la muestra (%)
Amor	8	Culpa	8
Agradecimiento	7	Ansiedad	8
Calma o serenidad	7	Tristeza	6
Esperanza	6	Enojo o ira.	5
Orgullo	6	Desprecio	4
Inspiración	4	Vergüenza	4
Interés	4	Odio	4
Alegría	4	Miedo	4
Diversión o humor	3	“Embarazo”, “corte”, vergüenza ligera	3
Asombro o respeto sobrecogido	3	Asco	2
Total	52		48

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

GRÁFICO N° 3: Distribución porcentual de emociones antes de la aplicación de la musicoterapia



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

Análisis e Interpretación

Las emociones positivas presentes en la muestra investigativa antes de la aplicación de la musicoterapia de manera global representan el 52%, distribuida con un 8% para el amor, un 7% para la calma y agradecimiento, un 6% para la esperanza y orgullo, un 4% para la inspiración, interés y alegría, un 3% para la diversión y asombro.

En tanto para las emociones negativas su porcentaje global es de 48%, distribuida con un 8% para la culpa y ansiedad, tristeza con un 6%, enojo o ira con un 5%, desprecio, vergüenza, odio y miedo con un 4%, vergüenza ligera con un 3% y asco con un 2%.

Dado que no existe alta afectividad negativa y positiva se evidencia un episodio de ambivalencia emocional. Fredrickson (2000) refieren que “estos episodios son relativamente frecuentes como por ejemplo, festejar el fin de una guerra o conflicto violento induce alegría, calma y esperanza, aunque también tristeza y enojo por la pérdidas humanas y materiales.”

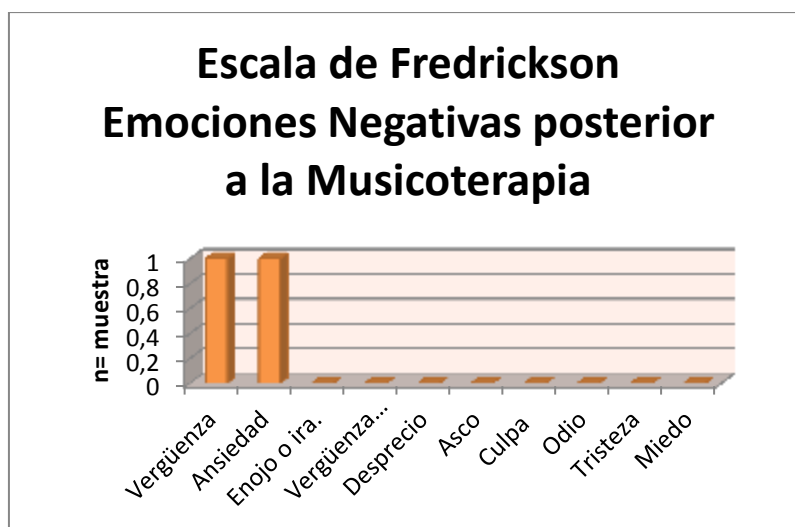
En nuestro estudio esta ambivalencia se hace presente porque los adolescentes sienten culpa y ansiedad debido a su internamiento y privación de la libertad pero a la vez sienten amor, calma y agradecimiento por darse cuenta que el trato que reciben en el centro de orientación se diferencia al de los centros carcelarios.

CUADRO N° 4: Análisis de las emociones negativas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.

EMOCIONES	n= Muestra de Adolescentes	
	SI PRESENTAN	NO PRESENTAN
Vergüenza	1	5
Ansiedad	1	5
Enojo o ira.	0	6
“Embarazo”, “corte”, vergüenza ligera	0	6
Desprecio	0	6
Asco	0	6
Culpa	0	6
Odio	0	6
Tristeza	0	6
Miedo	0	6

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”
 ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

GRÁFICO N° 4: Análisis de las emociones negativas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”
 ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

Análisis e Interpretación:

Posterior a la aplicación de la musicoterapia, se observa un cambio notorio en las emociones negativas, muchas de ellas han disminuido considerablemente. Las emociones enojo o ira, vergüenza ligera, desprecio, asco, culpa, odio, tristeza, miedo se reducen en su totalidad en la muestra de estudio, y solo las emociones ansiedad y vergüenza se presentan en un adolescente.

Bergson (1906) "El objeto del arte (música) es adormecer las potencias activas, más bien resistentes de nuestra personalidad, y conducirnos así a un estado de docilidad perfecta, en el que realizamos la idea que se nos sugiere, en el que simpatizamos con el sentimiento".

Se evidenciaron las cualidades psicológicas y terapéuticas de la música como arte, como es el caso de la "función catártica", los adolescentes presentaron una gran descarga del potencial afectivo negativo, sus emociones negativas acumuladas en exceso sobre situación de internamiento dejaron de reprimirse y gracias a la música se aligeraron de estas tensiones negativas.

Los efectos de la musicoterapia se ven reflejados en el comportamiento de los adolescentes como la socialización, la integración, la cooperación, el cumplimiento con las indicaciones que les da el educador. La música es el arte que mejor ayuda a provocar y expresar estados emocionales independientemente de todo individualismo.

Altshuler (1952), en su principio musicoterapéutico "El organismo como un todo", refiere que "la música crea una atmósfera de unidad e intimidad, incluso en los grupos más heterogéneos. Las barreras sociales, raciales, culturales, lingüísticas... son vencidas fácilmente".

CUADRO N° 5: Análisis de las emociones positivas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.

EMOCIONES	n= Muestra de Adolescentes	
	SI PRESENTAN	NO PRESENTAN
Agradecimiento	6	0
Esperanza	6	0
Inspiración	6	0
Alegría	6	0
Orgullo	6	0
Asombro o respeto sobrecogido	5	0
Interés	5	1
Amor	5	1
Calma o serenidad	5	1
Diversión o humor	4	2

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

GRÁFICO N° 5: Análisis de las emociones positivas posterior a la aplicación de la Musicoterapia.



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

Análisis e Interpretación:

Al contrario de las emociones negativas analizados en los gráficos anteriores, posterior a la aplicación de la musicoterapia las emociones positivas han tenido un notable incremento. El agradecimiento, esperanza, inspiración, alegría, orgullo, se refuerzan en los 6 adolescentes, mientras que las emociones asombro, interés, amor, calma, se fortalecen en 5 adolescentes. Y la emoción, diversión se incrementa en 4 adolescentes del total de la muestra. La música puede despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier tipo de emoción modificando el estado de ánimo del adolescente.

Las emociones positivas, amplían las posibilidades de acción y mejoran los recursos físicos. Si aumenta el campo de pensamiento, aumentará indirectamente el de la acción, a través de respuestas más creativas y acciones más variadas. En cuanto a los recursos sociales, estos también se ven incrementados, ya que se facilita la creación de relaciones sociales, de cooperación y de amistad.

CUADRO N° 6: Distribución porcentual de emociones posterior la aplicación de la musicoterapia

EMOCIONES POSITIVAS	Porcentaje presente en la muestra (%)	EMOCIONES NEGATIVAS	Porcentaje presente en la muestra (%)
Esperanza	10	Vergüenza	3
Alegría	10	Ansiedad	3
Agradecimiento	9	Enojo o ira.	2
Inspiración	9	Asco	2
Orgullo	9	Culpa	2
Diversión o humor	8	Tristeza	2
Interés	8	“Embarazo”, “corte”, vergüenza ligera	1
Amor	8	Desprecio	0
Calma o serenidad	8	Odio	0
Asombro o respeto sobrecogido	6	Miedo	0
Total	85	Total	15

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

GRÁFICO N° 6: Distribución porcentual de emociones posterior a la aplicación de la musicoterapia



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato

Análisis e Interpretación

Las emociones positivas presentes en la muestra investigativa después de la aplicación de la musicoterapia de manera global representan el 85%, distribuidas en un 10% para la esperanza y alegría, un 9% para agradecimiento, inspiración, orgullo, un 8% para diversión, interés, amor, calma y un 6% para el asombro.

En el porcentaje global de las emociones negativas luego de la aplicación de la musicoterapia son del 15% distribuidas; en un 3% para la vergüenza y la ansiedad, en un 2% el enojo o ira, culpa, tristeza, asco se mantiene en un 2%, en 1% están vergüenza ligera y con un 0% están las emociones desprecio, odio y miedo.

Emociones como el agradecimiento, la alegría, esperanza, inspiración, orgullo, han tenido un sólido realce en los adolescentes ayudando a disminuir emociones negativas como el miedo, el odio, la ansiedad que dejaron de tener prevalencia y al contrario aportaron a que los adolescentes tengan un mejor manejo de sus emociones.

La prevalencia de emociones positivas en los adolescentes emerge creatividad y resuelven de mejor manera sus problemas, persisten más en el esfuerzo para cumplir sus objetivos. Ayudan a manejar y reducir el impacto de las emociones negativas, las emociones positivas ayudan a recuperarse fisiológicamente más rápido del estrés. Refuerzan el bienestar psicológico, la vivencia de emociones positivas ayuda a darle significado a hechos estresantes y a reconstruir fines y propósitos en la vida.

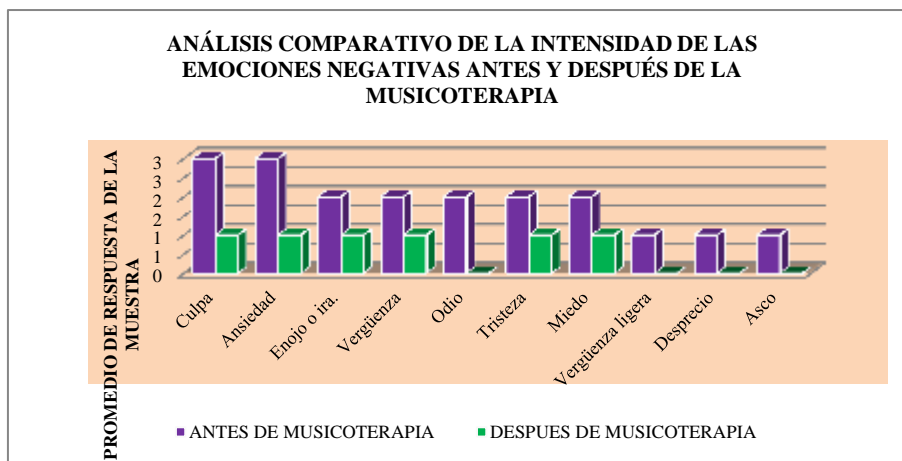
CUADRO N° 7: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones negativas antes y después de la musicoterapia

EMOCIONES	ANTES DE MUSICOTERAPIA		DESPUES DE MUSICOTERAPIA	
	Promedio de Respuesta de la Muestra	INTENSIDAD	Promedio de Respuesta de la Muestra	INTENSIDAD
Culpa	3	Bastante	1	Poco
Ansiedad	3	Bastante	1	Poco
Enojo o ira.	2	Moderadamente	1	Poco
Vergüenza	2	Moderadamente	1	Poco
Odio	2	Moderadamente	0	Nada
Tristeza	2	Moderadamente	1	Poco
Miedo	2	Moderadamente	1	Poco
Vergüenza ligera	1	Poco	0	Nada
Desprecio	1	Poco	0	Nada
Asco	1	Poco	0	Nada

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

GRÁFICO N° 7: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones negativas antes y después de la musicoterapia



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

Análisis e Interpretación.

Las emociones negativas que se identificaron antes de la aplicación de la musicoterapia para el control emocional en los adolescentes con una intensidad moderada y bastante son: culpa, ansiedad, enojo, vergüenza, tristeza y miedo, después de la aplicación de la musicoterapia estas emociones bajan su intensidad a poco; incluso las emociones odio, desprecio y asco se reducen en su totalidad en la muestra investigativa.

En los adolescentes antes de la aplicación de la musicoterapia las emociones negativas con intensidad moderada y bastante se encontraban reflejadas en su comportamiento resistente al cambio, en la agresividad con sus compañeros y educadores.

Adolescentes que, de uno u otro modo, se presentan como carenciales: de afecto, de oportunidades, de éxito, de experiencias gratificantes, de referentes positivos, carenciales de normas y límites que ofrezcan seguridad personal, de estímulos educativos; son menores desmotivados, con pocos recursos y estrategias personales que les permitan la superación de crisis y les faciliten los cambios necesarios para mejorar los estilos de vida que protagonizan. En general, podría decirse que los menores y jóvenes internos presentan diferentes tipos de carencias y niveles de intensidad según los casos y, por tanto, con consecuencias distintas en la esfera socio-personal de cada uno.

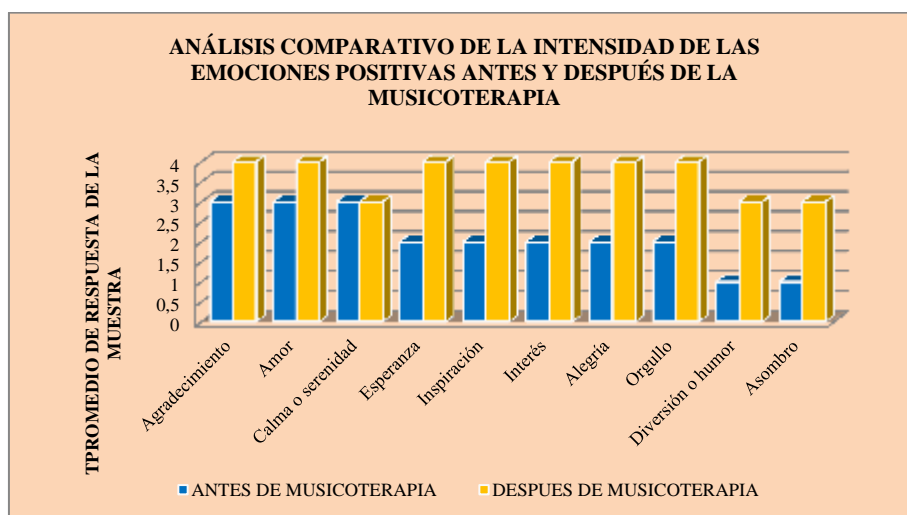
CUADRO N° 8: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones positivas antes y después de la musicoterapia

EMOCIONES	ANTES DE MUSICOTERAPIA		DESPUES DE MUSICOTERAPIA	
	Promedio de Respuesta de la Muestra	INTENSIDAD	Promedio de Respuesta de la Muestra	INTENSIDAD
Agradecimiento	3	Bastante	4	Mucho
Amor	3	Bastante	4	Mucho
Calma o serenidad	3	Bastante	3	Bastante
Esperanza	2	Moderadamente	4	Mucho
Inspiración	2	Moderadamente	4	Mucho
Interés	2	Moderadamente	4	Mucho
Alegría	2	Moderadamente	4	Mucho
Orgullo	2	Moderadamente	4	Mucho
Diversión o humor	1	Poco	3	Bastante
Asombro	1	Poco	3	Mucho

FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

GRÁFICO N° 8: Análisis comparativo de la intensidad de las emociones positivas antes y después de la musicoterapia



FUENTE: Escala de Emociones de Fredrickson aplicada a los adolescentes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero”

ELABORADO POR: Marcela Andrade – Nelson Guato.

Análisis e Interpretación

Los resultados de las emociones positivas generadas a partir de la aplicación de la musicoterapia tienen un incremento considerable, así tenemos a la diversión o humor de intensidad poco a mucho, el asombro pasa de intensidad poco a bastante, agradecimiento y amor de intensidad bastante a mucho, esperanza, inspiración, interés, alegría, orgullo en cambio pasaron de intensidad moderadamente a mucho. En tanto la calma se ha mantiene en intensidad bastante.

Realizado la aplicación de la musicoterapia se evidenció en los adolescentes efectos fisiológicos, psicológicos, sociales y emocionales en los adolescentes, generando una adecuada convivencia en el centro de orientación, mejorando las relaciones sociales ya sea con sus compañeros o con los educadores de la institución, demostrando a nivel personal una autoestima elevada, seguridad al expresarse, control de sus emociones al presentarse inconvenientes y valorando aspectos positivos de sí mismos.

4.2. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO

Al iniciar el taller de musicoterapia se observó en los adolescentes la carencia de integración grupal debido a la falta de comunicación, incluso al miedo de ser juzgados o intimidados, mostrando actitudes ásperas para alejar. Al finalizar la terapia se pudo observar que se generó una cohesión grupal, tanto que hicieron dúos para componer canciones, se organizaban para comenzar cada encuentro.

En la etapa de calentamiento al inicio no colaboraron debido a la resistencia que hay en acatar órdenes, pero en el transcurso entendieron que es una etapa importante para una buena vocalización musical. Debido a la tensión que el encierro genera se vio conveniente aplicar técnicas de relajación para que así puedan cooperar con las actividades de cada encuentro.

[La predisposición para empezar la actividad era ambivalente debido a situaciones personales que cambiaban la actitud y el comportamiento del adolescente.]

Desde un inicio no surgieron inconvenientes en la composición escrita pues es un medio que facilitaba la expresión de sus emociones positivas y negativas que afectaban su bienestar. La creatividad se hizo presente en los adolescentes desde la composición escrita hasta la composición musical pues son ellos mismos los que día a día trajeron sugerencias musicales para su creación personal.

Ya con la cohesión grupal se facilitó el compartir sus emociones con el grupo inclusive se dieron cuenta de que muchas emociones eran comunes en ellos, identificándose los unos con los otros, lo que hizo que se afianzaran lazos de amistad y comprender sobre todo actitudes que eran el reflejo de su sentir personal.

Se efectuó una buena relación paciente terapeutas debido a la apertura que se dio con la musicoterapia para la expresión de sus emociones.

4.3.COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Luego del análisis de datos obtenidos, respecto a la aplicación de la musicoterapia en control emocional de los adolescentes, se constató que la hipótesis planteada es verdadera, ya que existe una fuerte influencia de la música en los estados emocionales de los adolescentes, gracias a la escala de emociones de Fredrickson se llegó a identificar las diferentes tipos de emociones presentes en la muestra investigada, logrando diferenciar emociones positivas de las negativas, todo ello aportó a saber que emociones negativas identificadas se reducen y que emociones positivas se puedan fortalecer.

Así tenemos entre las emociones positivas identificadas al amor, esperanza, calma, agradecimiento, interés, alegría orgullo y entre las emociones negativas a la culpa, ansiedad, miedo, enojo o ira, tristeza, odio.

Se evidenció en la fase de evaluación previa a la aplicación de la musicoterapia, que la distribución de emociones estaba con 52% para las emociones positivas y un 48% para las emociones negativas, teniendo una fuerte presencia de emociones como el amor, el agradecimiento y la calma, en tanto que en las emociones negativas eran la culpa, la ansiedad, la tristeza y la ira.

Luego de aplicar las técnicas musicoterapéuticas, obtuvimos grandes cambios en los resultados de las emociones, se observó como con las emociones negativas se produjo una disminución significativa mientras que con las emociones positivas se comprobó su fortalecimiento e inclusive motivamos algunas emociones que vinieron de menos a más como la esperanza, la inspiración y el interés. De manera general se evidenció un 15% para las emociones negativas y un 85% para las emociones positivas.

La técnica e Improvisación libre dada sus características ayudó mucho al trabajo con este tipo de población ya que no era indispensable alguna normativa, y eso empatizó más con el trabajo realizado con los adolescentes.

En el proceso ya psicoterapéutico de la musicoterapia se evidenció en los adolescentes el cambio en el comportamiento individual y grupal, se elevó su autoestima, sus acciones fueron menos agresivas tanto en lo verbal como en lo corporal, mejor resolución de conflictos, mejoraron su convivencia.

Con todos estos resultados se comprueba la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

- La Musicoterapia influyó directamente en el control emocional de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”, ayudando a la mejor convivencia con sus compañeros.
- Gracias a la escala aplicada se logró identificar y diferenciar en los adolescentes las emociones positivas y negativas, entre las emociones positivas tenemos amor con un 8%, calma y agradecimiento con un 7%, esperanza y orgullo con 6%, inspiración, interés y alegría con un 4%, diversión y asombro con un 3%. En tanto para las emociones negativas tenemos a la culpa y ansiedad con un 8%, tristeza con un 6%, enojo o ira con un 5%, desprecio, vergüenza, odio y miedo con un 4%, vergüenza ligera con un 3% y asco con un 2%.
- Se evidenció como la situación de internamiento aporta coherencia en las emociones de los adolescentes; culpa, ansiedad, tristeza, enojo o ira emociones propias de la realidad que vive el grupo de adolescentes, amor, agradecimiento y calma por el lugar que hoy les acoge, pues han sentido el trato más humano a diferencia de otros centros.
- Luego de aplicada la musicoterapia las emociones negativas redujeron en intensidad así tenemos a la vergüenza y la ansiedad bajar a un 3%, enojo o ira, culpa, tristeza bajar a un 2%, asco se mantiene en un 2%, vergüenza ligera bajo a 1%, desprecio, odio y miedo a un 0%. En tanto con las emociones positivas tenemos fortalecido a la esperanza y alegría con un 10%, agradecimiento, inspiración, orgullo con 9%, diversión, interés, amor, calma con 8%, asombro con un 6%.

- Los adolescentes consiguieron regular sus emociones, mejoraron su autoestima, el acercamiento con los demás compañeros y con los profesionales de la institución fue de respeto, presentaron una manera más calmada de solucionar sus conflictos.

- También los adolescentes intensificaron procesos de creatividad e inspiración, lo que aportó seguridad en la toma de decisiones.

5.2.RECOMENDACIONES

- Se sugiere la aplicación de la Musicoterapia con el resto de la población adolescente del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”, con el fin de ayudar a regular sus emociones en su proceso de internamiento.
- De igual manera se recomienda hacer uso de las diferentes técnicas aplicadas en Musicoterapia para el trabajo con las familias que acompañan a los adolescentes. Estos espacios se pueden coordinar con el área de Trabajo Social.
- Implementar talleres de Musicoterapia que sirvan de complemento a la terapia psicológica aplicada en el centro, actividad coordinada conjuntamente con el área de Psicología.
- Sugerir que profesionales musicoterapeutas formen parte de los diferentes espacios de acompañamiento a los adolescentes que existen en el centro, participando directamente en el STAFF de profesionales.
- Generar un programa de mejoramiento de conducta de los adolescentes mediante la musicoterapia, donde se trabaje autoestima, ira o agresividad, habilidades sociales, respeto, responsabilidad, creatividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chichon Pascual M.J., Lacárcel Moreno J., Lago Castro P., Melguizo Aguilera F., Ortiz Alonso T., Sabbatella P. (1999). *Música Y Salud: Introducción A La Musicoterapia II*. Universidad Nacional De Educación A Distancia. Madrid, España
2. Cornejo Alegría A. A. (2004). *Musicoterapia En Trastornos Conductuales De La Infancia-Aplicación En Trastorno Negativista Desafiante*. Universidad De Chile. Santiago, Chile.
3. Curso De Musicoterapia. (s.f.). Recuperado de: http://enplenitud.com/cursos/clases_musicoterapia
4. Del Olmo Barros, M. J. (2009). *Musicoterapia Con Bebés De 0 A 6 Meses En Cuidados Intensivos Pediátricos*. Universidad Autónoma De Madrid. Madrid, España.
5. Elvira Valdez, M. A. (2004). *Propuesta Pedagógica Para La Utilización De La Musicoterapia En La Atención De Niños Que Presentan Dificultades De Aprendizaje*. Universidad Nacional Abierta, Caracas, Venezuela.
6. Guevara, M. (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. Recuperado de <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/448/433>

7. Juárez Treviño M., (1991). *Técnica Grupal En Musicoterapia Con Niños Escolares: Un Trabajo De Investigación*. Universidad Autónoma De Nuevo León. Monterrey, México.
8. La cárcel Moreno J. (s.f.). *Psicología De La Música Y Emoción Musical*. Universidad De Murcia.
9. Levav M. (2005). Neuropsicología De La Emoción: Particularidades En La Infancia. *Revista Argentina De Neuropsicología* 5, 15-24. Recuperado de <http://www.revneuropsi.com.ar>
10. Luyando Joo P. K. (2003). *Protocolo De Atención Con Musicoterapia*. Consultorio Piloto De Medicina Tradicional Alternativa Y Complementaria Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.
11. Mariano Chóliz. (2005). *Psicología De La Emoción: El Proceso Emocional*. Universidad De Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/=choliz>
12. *Monografía Sobre Musicoterapia*. (s.f.). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/81314771/monografia-sobre-musicoterapia>
13. Musicoterapia (2002). *Programa De Formación Para Mediadores En Musicoterapia Y Discapacidad: Libro De Ponencias*. Madrid España. Editan Confederación Aspace, Federación Española Del Síndrome De Down, Confederación Autismo España.
14. Páez D., Bobowik M., Carrera P. Bosco S. (s.f.). *Evaluación De Afectividad Durante Diferentes Episodios Emocionales: Escala De Emociones Positivas Y Negativas De Fredrickson*. Recuperado de

http://www.ehu.es/pswparod/pdf/materiales/medicion%20emociones%20anexo_cap_7.pdf

15. Poch Blasco S. (2001). Importancia De La Musicoterapia En El Área Emocional Del Ser Humano. *Revista Interuniversitaria De Formación De Profesorado*, 42,2001, 91-113, Universidad De Zaragoza. Zaragoza, España.
16. Ruiz I., Páez D. (2002). Clima Emocional En Las Organizaciones: Dos Estudios En Centros Penales. *Suma Psicológica* 9 (2), 157-192.
17. Sardi Gutiérrez L. (2010). *Musicoterapia Y Desarrollo Personal: Encuentro Conmigo Misma*. Universidad De Chile. Santiago, Chile.
18. Serrano, María Elena; García Álvarez, Diego. Inteligencia Emocional: Autocontrol En Adolescentes Estudiantes Del Último Año De Secundaria. *Multiciencias*, 10 (3), 273-280. Universidad Del Zulia. Punto Fijo, Venezuela
19. Silva J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 22(01), 163-172. Recuperado de <http://teps.cl/files/2011/06/cap07.pdf>
20. Soler Allende C. (2006). *Aplicación De Musicoterapia A Los Alumnos Con Algunos Problemas De Indisciplina, En Un Cuarto Año De La Enseñanza Media, En Un Establecimiento De La Región Metropolitana: Un Estudio De Casos*. Universidad De Santiago De Chile. Santiago, Chile.
21. Soria Urios G, Duque P, García Moreno J. (2011). Música Y Cerebro: Fundamentos Neurocientíficos Y Trastornos Musicales. *Revista de Neurológica*, 52(1), 45-55.

22. Valencian International University. (2009). *Monitor En Musicoterapia*. Valencia, España. Recuperado de [http://educacursos.com/cursos/monitor-musicoterapia-
asoenfermeria/](http://educacursos.com/cursos/monitor-musicoterapia-
asoenfermeria/)

23. Vecina Jiménez M.L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles Del Psicólogo*, 27, (1), 9-17. Madrid, España.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZACIÓN CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL

“VIRGILIO GUERRERO”

	CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL VIRGILIO GUERRERO CONGREGACIÓN DE RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS PROVINCIA SAN JOSÉ	Código: PGAFT
	PROCESO: GESTIÓN DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN INTEGRAL PROCEDIMIENTO: ÁREA DE ATENCIÓN PEDAGÓGICA-TERAPÉUTICA	Fecha de Aprobación:
INFORME DE SEGUIMIENTO		

Quito, 5 de Junio del 2012

CERTIFICADO

A petición verbal de las partes interesadas, yo Fray Marcos Tordecilla, DIRECTOR ENCARGADO DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO”, tengo a bien certificar que:

El Sr. Nelson Guato y la Sra. Carolina Andrade han sido autorizadas para realizar la tesina de grado en la institución con el tema: “LA MUSICOTERAPIA Y EL CONTROL EMOCIONAL EN LOS ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY”.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad pudiendo los interesados hacer uso del presente según creyere conveniente.

Atentamente,

Fray Marcos Tordecilla

DIRECTOR (E) CENTRO VIRGILIO GUERRERO

c.c. Archivo



Anexo II

ESCALA EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON

Episodio o Actividad social compartida. Describa brevemente.

.....
¿Cómo te has sentido durante las últimas 24 horas o durante en ese episodio o actividad?
Piensa en las diferentes actividades de ese episodio y, usando la escala de 0-4, indica
cuánto has experimentado los siguientes sentimientos:

0 – nada	1 – un poco	2 – moderadamente
3 – bastante	4 – mucho	

1. ¿Cuán divertido, entretenido o chistoso te has sentido? ____
2. ¿Cuán enfadado, irritado o molesto te has sentido? ____
3. ¿Cuán avergonzado o humillado o ridiculizado te has sentido? ____
4. ¿Cuán maravillado, asombrado o sorprendido te has sentido? ____
5. ¿Cuán despectivo, despreciativo o desdeñoso te has sentido? ____
6. ¿Cuánto asco, repugnancia o repulsión has sentido? ____
7. ¿Cuán cohibido, tímido, avergonzado o ruborizado te has sentido? ____
8. ¿Cuán agradecido te has sentido? ____
9. ¿Cuán culpable o arrepentido te has sentido? ____
10. ¿Cuánto odio, desconfianza o sospecha has sentido? ____
11. ¿Cuán esperanzado, optimista o alentado te has sentido? ____
12. ¿Cuán inspirado, iluminado o entusiasmado te has sentido? ____
13. ¿Cuán interesado, alerta o curioso te has sentido? ____
14. ¿Cuán alegre, contento o feliz te has sentido? ____
15. ¿Cuánto amor, cercanía o confianza has sentido? ____
16. ¿Cuán confiado, seguro de ti mismo u orgulloso te has sentido? ____

- 17.** ¿Cuán triste, desanimado o infeliz te has sentido? ____
- 18.** ¿Cuán asustado, temeroso o miedoso te has sentido? ____
- 19.** ¿Cuán sereno, calmo o apacible te has sentido? ____
- 20.** ¿Cuán estresado, nervioso o abrumado te has sentido? ____

Anexo III

FICHA DE SEGUIMIENTO TALLER DE MUSICOTERAPIA	
Encuentro N°:	N° Participantes:
Fecha:	
Objetivo:	
CARACTERISTICAS	OBSERVACIONES
- Cohesión Grupal	
- Etapa calentamiento	
- Relajación.	
- Predisposición a la actividad.	
- Desarrollo del ejercicio de escritura	
- Creatividad	
- Compartir de las composiciones	
- Exploración de Emociones	
- Relación Paciente-Terapeuta	
ELABORADO POR: MARCELA ANDRADE Y NELSON GUATO.	

Anexo IV

FOTOGRAFÍAS
Foto N° 01



Ingreso al Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”

Foto N° 02



Patios del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”

Foto N° 03



Pabellón de Internamiento – Sección Futuro

Foto N° 04



Dormitorios Sección Futuro

Foto N° 05



Sala de Televisión Sección Futuro

Foto N° 06



Muestra de adolescentes que conforman el grupo de investigación

Foto N° 07



Sala de Televisión Sección Futuro

Sesión de Composición Escrita

Foto N° 08



Salón de Audiovisuales - Taller de Improvisación de Musicoterapia

Foto N°09



Muestra de Composiciones escritas.

Foto N° 10



Salón de Audiovisuales

Sesiones de Autoconocimiento de Emociones – Relación Paciente-Terapeuta

Foto N° 11



Patios de Internamiento – Presentación Programa Día de la Familia

Foto N° 12



Patios de Internamiento – Presentación Programa Día de la Familia

Foto N° 13



Patios de Internamiento – Presentación Programa Día de la Familia

Anexo V

CD con Audio grabaciones Listado de Canciones

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. SUEÑOS | Interpretación solista. |
| 2. LA HISTORIA | Interpretación dúo. |
| 3. CONCIENCIA | Interpretación solista. |
| 4. EL MUNDO QUE QUEREMOS | Interpretación dúo. |
| 5. TUOS OJOS ME MIRAN | Interpretación dúo. |