

# MUSICOTERAPIA EN UNA RESIDENCIA DE MENORES COMO COMPENSACIÓN EDUCATIVA

Manuel Martín González

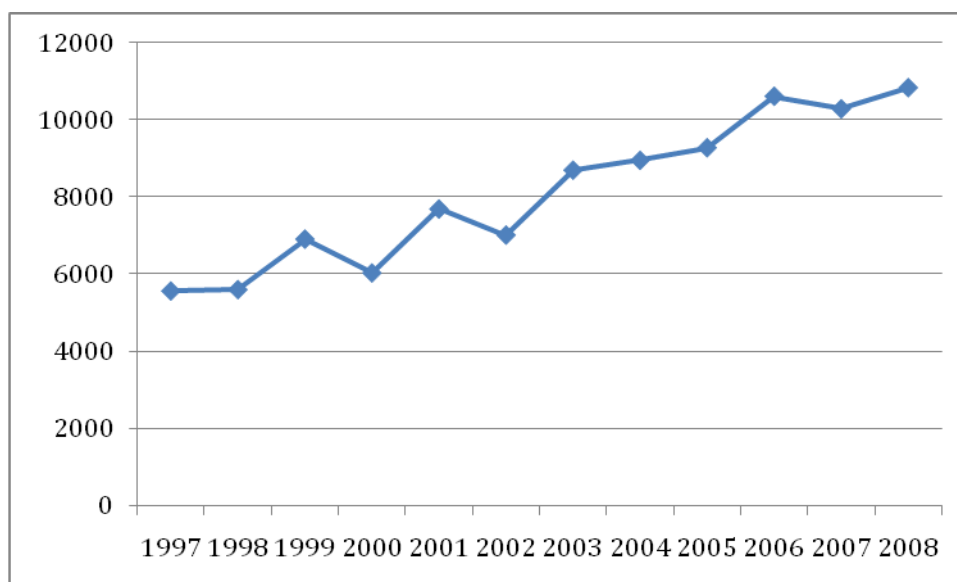
**RESUMEN:** El principal objetivo de este estudio es conocer los efectos que la musicoterapia grupal, entendida como un proceso sistemático, produce en adolescentes en situación de desamparo dentro del marco de una residencia de menores. Para ello, en un estudio de casos, se mide, a través de cuestionarios estandarizados, las variables autoconcepto (test AF-5) y socialización (test BAS-3) antes y después de la fase de tratamiento de un proceso musicoterapéutico, la cual consiste en 10 sesiones de musicoterapia grupal ejecutada mediante técnicas activas y receptoras, y a través de fichas de registro de sesión, diseñadas exclusivamente para el estudio, la evolución de las usuarias en aspectos específicos relacionados, desde una perspectiva holística, con cuatro grandes bloques del desarrollo humano: Bloque físico (conseguir relajarse mediante sonidos y música, vivir el silencio, aumentar la atención plena en el momento), bloque cognitivo-intelectual (reducir las malas palabras y explorar y tomar conciencia de sus pensamientos), bloque emocional-afectivo (aumentar el sentimiento de bienestar y expresar sus sentimientos y emociones desde el ámbito no verbal) y bloque social-comunicativo (aceptar y respetar al grupo, escuchar activamente, confiar e integrarse en el grupo y comunicarse libremente).

Los resultados obtenidos en el estudio lejos de poderse generalizar, al tratarse de un estudio de casos, indican una mejora en la variable socialización así como una mejora continua en los aspectos específicos relacionados con los cuatro grandes bloques citados anteriormente. Con respecto a la variable autoconcepto no se muestra de manera clara una mejoría.

La consecuencia del estudio es el desarrollo de una investigación científica más profunda y amplia con una muestra de estudio representativa y con unos plazos de ejecución interanual. Por otra parte, el fin de dicha investigación es la instauración, bajo un fundamento científico, de la disciplina musicoterapéutica como elemento educativo compensatorio y de manera continuada en la residencia de menores que enmarca el presente estudio.

## 0. INTRODUCCIÓN

En España, según el INE y a través de sus estadísticas sobre Medidas de protección a la infancia y adopciones (tutela y acogimiento por CCAA, tipo de medida, indicador y periodo), en 2008, el número de altas en acogimiento residencial fue de 10.844. En 1997 era de 5.568. Esto nos indica que la situación de desamparo no es nueva en nuestra sociedad y que ha experimentado a lo largo del tiempo gran cantidad de cambios en lo que respecta a objetivos y tipos (1)(2). Por otra parte, se relaciona con menores en dificultad social y no con menores en conflicto social (3). Aunque algunos autores (4) determinen que no debería existir dicha diferenciación sobretodo en lo que respecta a la realidad social y a su educación, será la Ley 1/1996 la que llevó a cabo dicha distinción.



Gráfica 1. Altas acogimiento residencial. Fuente INE.

La situación de desamparo se produce cuando el núcleo familiar no ejerce los deberes de protección adecuados (5) y se ejecuta, a través de la entidad pública competente, y sin previa resolución judicial basándose en la Ley 21/1987, la separación del menor de dicho núcleo debido a la amenaza que supone para el desarrollo integral de éste.

Las consecuencias jurídicas de la declaración de desamparo pueden ser la tutela automática asumida por el Ministerio de Justicia o la guarda del menor mediante acogimiento residencial o familiar, pudiéndose encuadrar dicho acogimiento dentro de cada una de estas dos posibilidades. A través de éste, el menor deberá recibir servicio de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral.

El centro de referencia del presente estudio es de los denominados centros de acogida, cuyas características legales serán las siguientes:

“Son establecimientos abiertos de atención integral y carácter educativo para niños y adolescentes en situación de guarda o tutela, que se encuentren privados de un ambiente familiar idóneo, cuyo periodo de estancia será el que determine la resolución administrativa de la que se derive su ingreso”.

Nuestro propósito, al centrarnos en las variables de socialización y autoconcepto, viene determinado por la existencia de problemas o hándicaps en estas áreas en menores en situación de desamparo (6),(7).

Además, entendemos que la socialización puede ser considerada como uno de los aspectos más importantes del desarrollo humano, entendiendo que cada uno de nosotros vive dentro de una sociedad con la cual interactúa de manera constante, produciéndose una retroalimentación entre ambos (8)(9).

Por otra parte, el autoconcepto ha venido determinándose como elemento primordial para el bienestar psicosocial de la persona desde la psicología de la educación(10),(12) tanto desde una perspectiva interna, a través de la relación de uno consigo mismo, así como externa, a través de la relación de uno con los demás dentro de un contexto social(11), porque puede explicar gran parte del comportamiento humano (10) y correlaciona, en sus diferentes componentes, con otras variables importantes para el desarrollo personal (10).

## **1. MÉTODO**

### **a)Sujetos**

Las participantes del estudio son aquellas menores en situación más desfavorable dentro del contexto del centro de acogida. Para ello es necesario hacer hincapié en la oportunidad que familias voluntarias dan a ciertos menores residentes en el centro de poder ser acogidos durante el periodo de fin de semana así como estivales y festivos en sus propias casas y bajo su cuidado. De los 48 menores que residían en el centro de acogida en el momento de desarrollarse el estudio, únicamente tres de ellas no

podieron gozar de esta acogida temporal, y serán estas usuarias las que hayan participado en el proceso que aquí se presenta.

En concreto nos referiremos a M14, M15 y M15\_2, adolescentes de sexo femenino de 14 y 15 años de edad. Las tres menores se encuentran en situación de desamparo, debido a maltratos físicos y psicológicos así como a un negligente cuidado por parte de sus padres.

Las participantes no asistieron al proceso de manera voluntaria, sino que fue una actividad impuesta por la dirección del centro. Este hecho, que a priori puede determinarse como contra natura de cualquier proceso terapéutico, no se considera relevante pues el musicoterapeuta, en la fase de valoración, les dio la oportunidad de abandonar el proceso y las tres denegaron dicha opción.

### **b) Instrumentos**

La variable independiente del estudio fue el propio proceso musicoterapéutico y como variables dependientes podemos apuntar la socialización, el autoconcepto así como los siguientes elementos desde una perspectiva holística del ser humano: Bloque físico (conseguir relajarse mediante sonidos y música, vivir el silencio, aumentar la atención plena en el momento), bloque cognitivo-intelectual (reducir las malas palabras y explorar y tomar conciencia de sus pensamientos), bloque emocional-afectivo (aumentar el sentimiento de bienestar y expresar sus sentimientos y emociones desde el ámbito no verbal) y bloque social-comunicativo (aceptar y respetar al grupo, escuchar activamente, confiar e integrarse en el grupo y comunicarse libremente).

Los instrumentos utilizados para la medición de las variables citadas anteriormente fueron los siguientes: Cuestionario AF-5(14) para la medición del autoconcepto, la batería de socialización BAS-3(13) para la medición de la socialización y fichas de registro de sesión de diseño exclusivo para el resto de variables citadas más arriba.

Otros instrumentos utilizados en el estudio y que nada tienen que ver con la medición son los relacionados con las técnicas musicoterapéuticas: Estos serán los propiamente musicales (crótalos, palo de lluvia, sánsula, cuenco tibetano, metalófono, jembé, flauta de pico, armónica y guitarra) y aquellos necesarios para la ejecución de las sesiones (ordenador micro-portátil, estudio de grabación portátil, iphone, base Dock para iphone, cámara de fotos réflex).

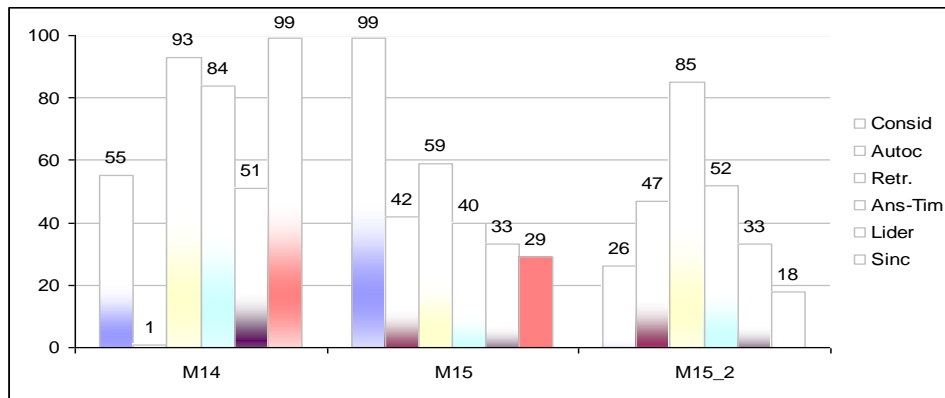
### **c) Espacio**

Las sesiones se desarrollaron en una sala de 50 m<sup>2</sup> cuadrados con forma rectangular, con acceso directo a luz natural y con dos espacios claramente diferenciados: El primero de ellos, y el que más al fondo se encuentra, contiene cuatro camas, y el segundo, y el que más cercano a la puerta se encuentra, es un espacio diáfano de aproximadamente 20 m<sup>2</sup>. Las paredes están pintadas de color claro y con poca decoración. El suelo es de gres de color grisáceo. En la pared opuesta a las ventanas hay un gran armario de madera oscura y junto a éste una mesa redonda.

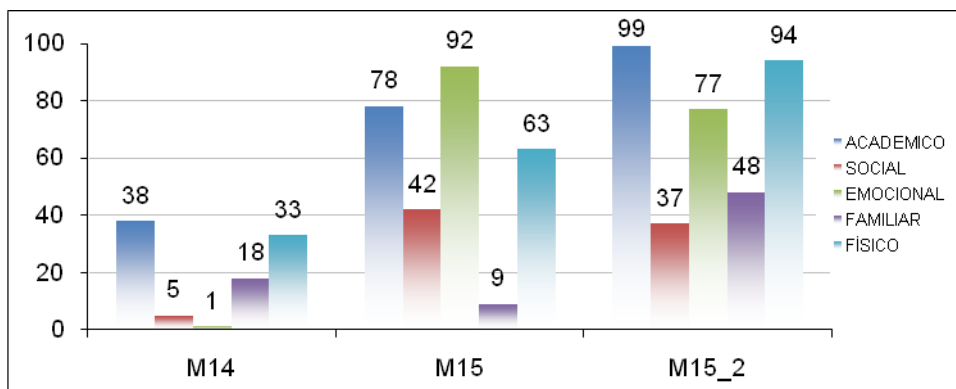
### **d) Procedimiento**

El estudio de casos se llevó a cabo a través de un proceso sistemático, cuyas fases fueron las siguientes: Recogida y análisis de la información, tratamiento, evaluación y finalización de tratamiento (15) (16).

En la fase de recogida y análisis de la información el musicoterapeuta se puede servir de cinco grandes fuentes (17): Profesional o persona que remita al paciente, lectura del historial clínico, observación directa y entrevista con el paciente y test. En este caso utilizamos las dos últimas con el fin de analizar tanto las necesidades como las potencialidades de las participantes. Como ya se ha repetido, los cuestionarios utilizados para medir la socialización y el autoconcepto son BAS-3 y AF-5 respectivamente. Ambas pruebas se administraron según las especificaciones incluidas en el apartado Normas de aplicación de sus correspondientes manuales y determinaron puntuaciones por debajo del Percentil 50 de sus grupos de referencia en la gran mayoría de los componentes medidos (**Socialización**: Consideración, autocontrol, retraimiento, ansiedad-timidez, liderazgo y sinceridad; **Autoconcepto**: Académico, social, familiar, físico y emocional).



Gráfica 2. Resultados obtenidos por las PUC en Socialización. TEST.



Gráfica 3. Resultados obtenidos por las PUC en Autoconcepto. TEST.

La valoración de las potencialidades se realizó a través de un cuestionario musical y una ficha de evaluación musicoterapéutica. Ésta seguía varios propósitos. El cuestionario musical pretendía obtener la mayor información posible acerca de la biografía musical de las participantes, y la ficha de evaluación musicoterapéutica pretendía conocer las capacidades y actitudes de las usuarias con el fin de adaptar las técnicas a utilizar en la fase de tratamiento. La administración de ambas pruebas fue individual y los resultados obtenidos por ambos procedimientos no determinaron ninguna anomalía ni aspecto a destacar de manera importante.

La fase de tratamiento constó de 10 sesiones de 1 hora de duración aproximada. Las técnicas utilizadas en las sesiones serán del tipo receptivo y expresivo. Las técnicas receptivas se basan en la audición, por parte del usuario, de música, ya sea grabada o en vivo (18) (19). Las técnicas expresivas, por su parte, se basan en tareas activas por parte del usuario en el proceso musical (17).

Los estructura de todas y cada una de estas sesiones ha sido la siguiente: Vivir el silencio: Además de tratarse de una actividad en sí misma también puede considerarse como una parte propia de la sesión por su importancia. En esta parte inicial, las

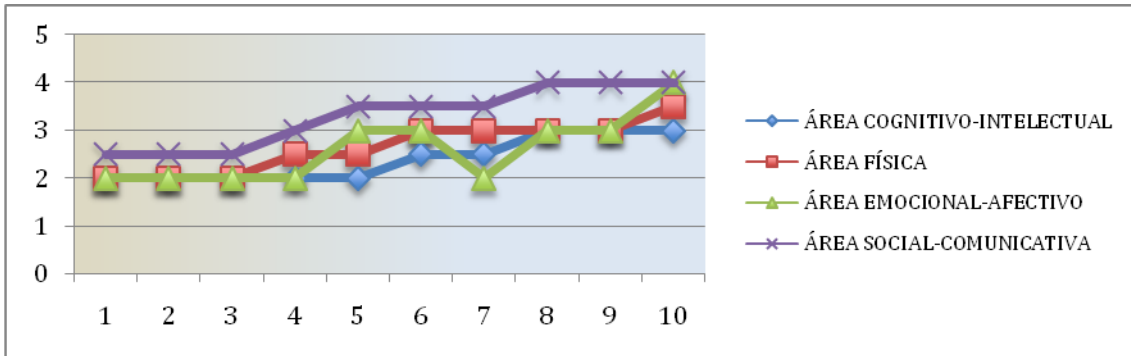
participantes, sentadas en círculo, mantenían el silencio y los ojos cerrados durante aproximadamente cinco minutos con la única consigna de explorar auditivamente aquello que se producía a nuestro alrededor. Posteriormente, y tras un breve periodo de reflexión, cada una de ellas verbalizaba sus sensaciones y percepciones.Canción de bienvenida: La canción de bienvenida fue elegida por las propias participantes. En algunas sesiones, el musicoterapeuta comenzaba la reproducción de dicha canción y las menores escuchaban en silencio. Inmediatamente cada una verbalizaba su estado anímico, sus experiencias en la última semana, sus miedos, etc... Posteriormente se volvía a reproducir la música y esta vez se permitía el canto grupal. Desarrollo de la sesión: El desarrollo de las sesiones constaba de diferentes actividades centradas en gran medida en la improvisación, tanto a nivel vocal como corporal e instrumental y posteriormente de una relajación.Reflexión de la sesión: Cada una de las participantes verbalizaba sus sensaciones, emociones y pensamientos e intentaban realizar una comparación en dichos aspectos entre el inicio y el final de la sesión.Canción de despedida: La canción de despedida fue la misma que la canción de bienvenida a petición de las menores.

En cada una de las sesiones, un observador ciego anotaba en la ficha de registro de sesión, mediante una escala ordinal (la conexión entre el sistema relacional empírico y el sistema relacional numérico será la siguiente: 1=nunca, 2=rara vez, 3=pocas veces, 4=casi siempre, 5=siempre), el grado de consecución en dicha sesión de cada uno de los ítems anotados en dicha ficha, los cuales corresponden a los citados más arriba.

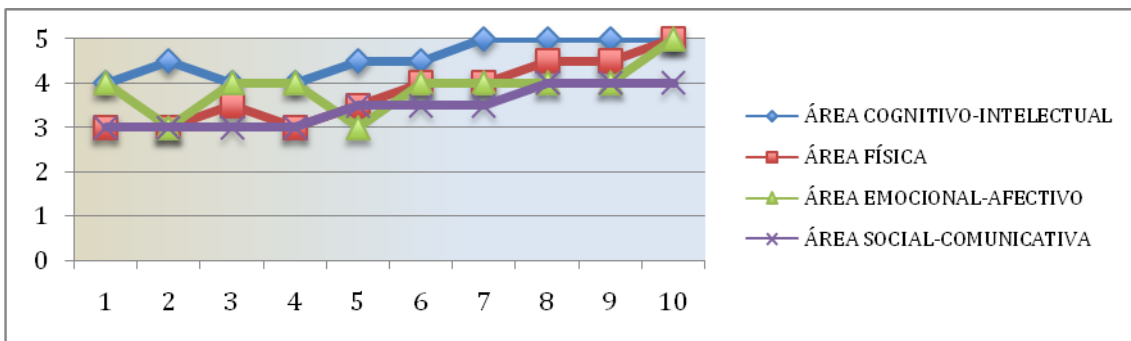
En la fase de evaluación se llevó a cabo la administración, nuevamente, de los cuestionarios BAS-3 y AF-5 con el fin de obtener un retest que poder comparar con la administración llevada a cabo en la fase de valoración y se analizaron los datos obtenidos de las fichas de registro de sesión .

## **2. RESULTADOS**

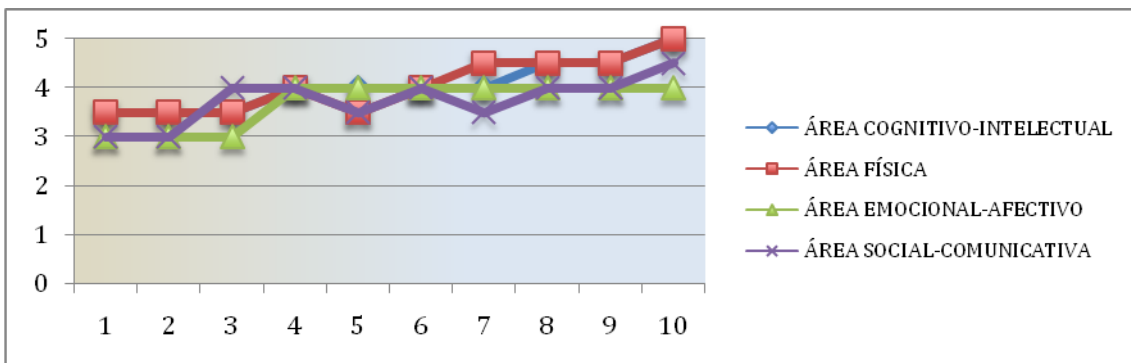
Los resultados obtenidos a través de las fichas de registro de sesión determinaron, para cada uno de los bloques citados anteriormente, una evolución positiva a lo largo de las 10 sesiones que duró el tratamiento. Los resultados a continuación expuestos, a través de sus respectivos gráficos, hacen referencia al valor de la mediana obtenido por cada una de las participantes en cada uno de dichas grandes bloques.



Gráfica 4. Evaluación continua M14



Gráfica 5. Evaluación continua M15



Gráfica 6. Evaluación continua M15\_2



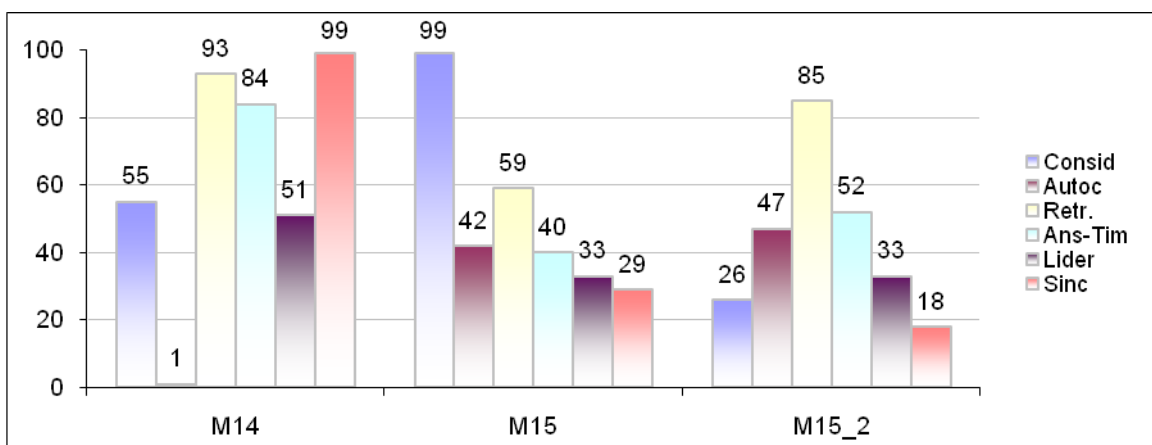
En relación a la socialización observamos los siguientes resultados, los cuales hacen referencia a los percentiles obtenidos por las participantes a través de su puntuación directa:

	M14			M15			M15_2		
	TEST	RETEST	DIF	TEST	RETEST	DIF	TEST	RETEST	DIF
CONSIDERACIÓN	55	58	3	99	78	-21	26	28	2
AUTOCONTROL	1	23	22	42	46	4	47	45	-2
RETRAIMIENTO	93	76	-17	59	56	-3	85	83	-2
ANSIEDAD-TIMIDEZ	84	79	-5	40	37	-3	52	48	-4
LIDERAZGO	51	42	-9	33	35	2	33	35	2
SINCERIDAD	99	99	0	29	78	49	18	67	49

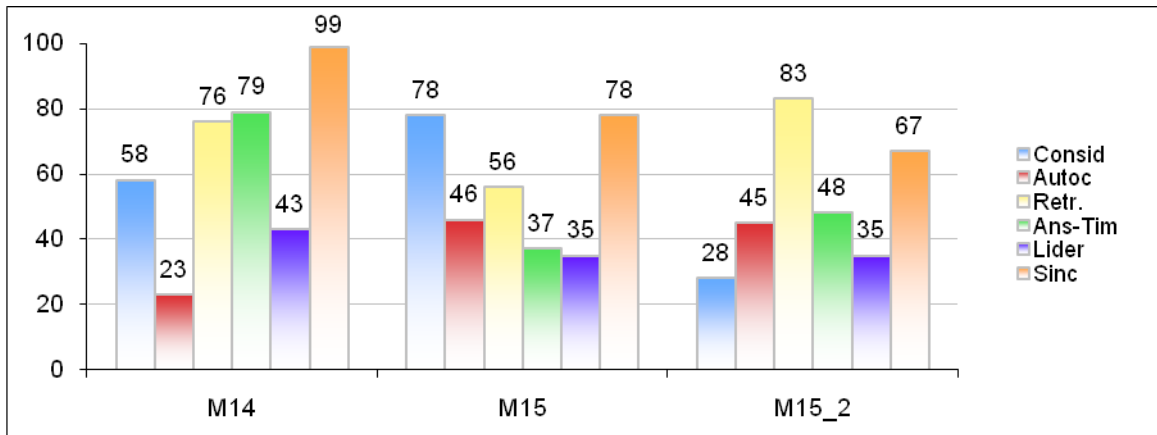
Tabla 1. Test-Retest socialización (Pc).

Existe una mejora (los componentes Retraimiento y Ansiedad-timidez puntúan al contrario que el resto de dimensiones) en todos los componentes para M14 y M15, mientras que para M15\_2 la mejoría se produce en todos los componentes excepto en Autocontrol. En términos absolutos, y si en este caso utilizáramos la socialización como un componente general, la mejoría estaría en el 10%.

A continuación se podrán observar los mismos datos desde una perspectiva gráfica.



Gráfica 7. Datos iniciales en socialización. Test.



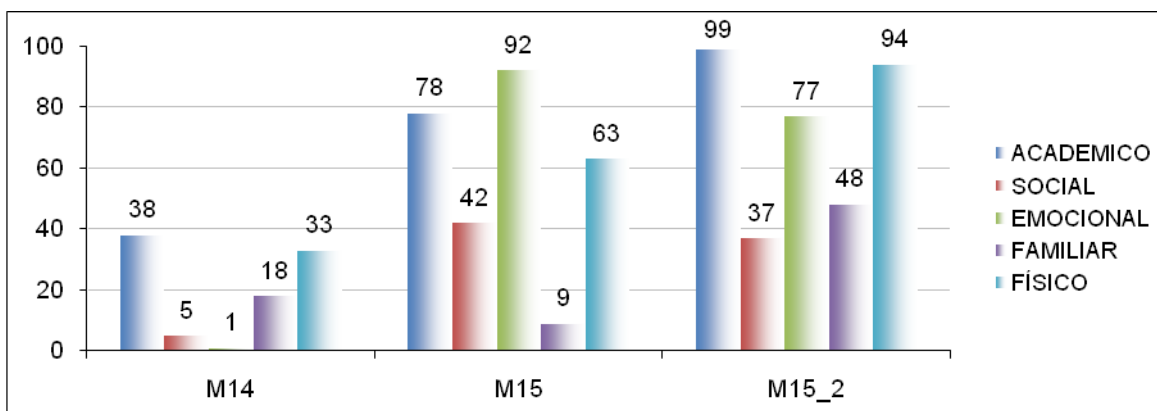
Gráfica 8. Datos finales en socialización. Retest.

En el caso del autoconcepto los resultados obtenidos, también reflejados en percentiles, pueden resultar ambiguos, debido a que sí se observa una mejoría en determinados componentes y para determinados participantes, pero sin embargo a nivel global el promedio de mejoría estaría en el 1%.

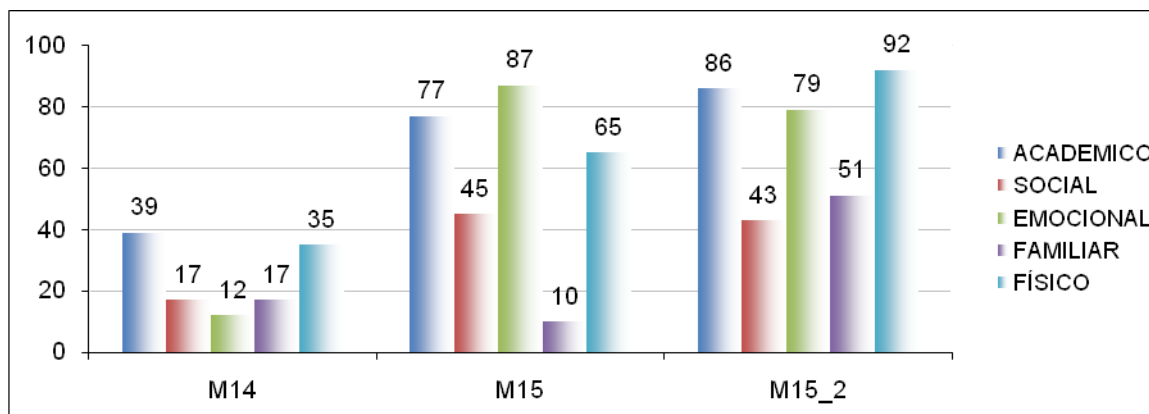
	M14			M15			M15_2		
	TEST	RETES	DIF	TEST	RETES	DIF	TEST	RETES	DIF
ACADÉMICO	38	39	1	78	77	-1	99	86	-13
SOCIAL	5	17	12	42	45	3	37	42	5
EMOCIONAL	1	12	11	92	87	-5	77	79	2
FAMILIAR	18	17	-1	9	10	1	48	51	3
FÍSICO	33	35	2	63	65	2	94	92	-2

Tabla 2. Test-Retest Autoconcepto (Pc)

Los mismos datos a nivel gráfico serán los siguientes:



Gráfica 9. Datos iniciales en autoconcepto. Test.



Gráfica 10. Datos finales en autoconcepto. Retest.

### 3. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden obtener de este estudio exploratorio nos acercan a la idea de que el proceso musicoterapéutico, a través de sus técnicas musicales enmarcadas en un encuadre no verbal, contribuye a la evolución positiva de los menores en situación de desamparo y en régimen de acogida residencial desde una perspectiva holística de la persona.

Por otra parte, se podría indicar que la musicoterapia grupal mejora la socialización de menores en situación de desamparo en régimen de acogida residencial, mientras que la variable autoconcepto apenas se ve alterada.

### 4. DISCUSIÓN

En el ámbito musicoterapéutico siempre se indica que entre los beneficios de esta disciplina están los de aumentar la socialización y el autoconcepto de sus usuarios. Sin embargo, pocos son los estudios científicos llevados a cabo y ninguno, después de realizar una búsqueda exhaustiva, en referencia a menores en situación de desamparo.

A través del Real Decreto 696/1995, se determina que las necesidades educativas especiales pueden ser causadas por el contexto social y cultural entre otros y por lo tanto no deberemos considerar como alumnos con necesidades educativas especiales únicamente aquellos que tengan una discapacidad psicológica, física, sensorial, motora o conductual. Desprendiendo del texto anterior que las participantes en el estudio tienen necesidades educativas especiales, se ha pretendido aportar, a través del proceso musicoterapéutico, una orientación educativa alejada de la mera instrucción

y del propio tratamiento psicológico, pero siempre dentro del contexto educativo multifactorial de compensación de las desigualdades educativas por el que aboga el Real Decreto 299/1996. En colación a lo anterior, también se entiende que la educación inclusiva debe hacer lo posible por reducir la exclusión de las personas con esas necesidades educativas especiales en el mundo escolar, cultural y social. Este estudio, entendido como preliminar, quiere sentar las bases de una investigación y actuación terapéutica o educativa, desde el punto de vista normativo y de compensación a la desigualdad, y en este contexto nos valdría cualquiera de los dos términos en función de los objetivos que se plantean, pues como ya se dijo anteriormente, lejos de la instrucción tradicional, se pretende ofrecer a estos menores un camino que, debiendo ser empedrado por otras aportaciones igualmente importantes, mantenga el objetivo de alcanzar el bienestar personal y su posteriormente mantenimiento a través del fomento de la autonomía de los menores.

Somos conscientes del gran reto ante el que nos encontramos y del camino que nos queda por recorrer, aunque a nuestro favor cuenta la suerte de haber creado este proyecto dentro de una entidad privada que apuesta por esta iniciativa.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. (p.27) Madrid: Pirámide.
- (2). Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación? *Infancia y Aprendizaje*, 26 (3), 365-279.
- (3). Picornell Lucas, A. (2006). *La infancia en desamparo* (pp.53-60). Valencia. NauLlibres.
- (4). Ortega Esteban, J. (coord.). (1999). *Educación social especializada*. Barcelona. Ariel.
- (5). Linacero de la Fuente, M. (2009). *El derecho de la persona y la familia en el siglo* (p.61) XXI. Madrid. Editorial Complutense.
- (6). Díaz Aguado, M.J. (2003). *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Pirámide.
- (7). Martín, E.; Muñoz Bustillo, M<sup>a</sup>.C.; Rodríguez, T.; Pérez, Y. De la residencia a la escuela. La integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicotheme*, 20, n<sup>o</sup> 3, 376-382.

- (8). Fierro, A (2005). *Capítulo IV*. En Martí, E y Onrubia, J (coord.) *Psicología del desarrollo: El mundo adolescente* (p. 48). Barcelona: Horsori.
- (9). Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, Vol. 13, Nº 2, 197-215.
- (10). Musitu, G. &Allat, P. (1994). En García, F. &Musitu, G. (1999). AF5: Autoconcepto forma 5. Madrid: TEA.
- (11). Sarramona, J. (2008). En Colom, A.J; Bernabeu, J.LL; Domínguez, E; Sarramona, J. *Teorías e instituciones contemporáneas de la educación* (pp. 210-212). Barcelona. Ariel Educación.
- (12). Vallés, A. y Vallés, C. (2006). *Autoconcepto y autoestima en adolescentes*. Valencia: Promolibro.
- (13). García, F. &Musitu, G. (1999). AF5: *Autoconcepto forma 5*. Madrid: TEA.
- (14). Silva, F. Y Martorell, M.C. (2009). *BAS-3. Bateria de socialización*. Madrid: Tea Ediciones.
- (15). Bruscia, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Ediciones Amarú.
- (16). Betés de Toro, M. (Comp). (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.
- (17). Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia. Volumen I*. Barcelona. Herder.
- (18). Wigram, T. &Grocke, D. (2008). *Métodos receptivos en musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.
- (19). Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.