

Incorporación de la música a la terapia cognitiva para la sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes

Incorporating music to cognitive therapy for depressive symptomatology in adolescents and young adults

M^a Carmen Benedito Monleón y Juan Alonso López-Andreu*

Recibido: 11/04/2013

Aceptado: 10/06/2013

Resumen

Introducción:

La utilización de letras de canciones en la terapia cognitiva convencional resulta efectiva para reducir la sintomatología depresiva, especialmente en adolescentes y jóvenes para los que la música resulta atractiva.

Pacientes y Métodos:

El objetivo del estudio es evaluar el efecto que produce sobre la sintomatología depresiva (intensidad de síntomas, percepción de utilidad y mejoría) añadir a una terapia cognitiva breve, la música (canciones con letras). Se trata de un estudio aleatorizado, controlado, por métodos cruzados en el que 22 pacientes de entre 16 y 29 años, con síntomas depresivos y tratamiento farmacológico estable, recibieron ambos tratamientos.

Resultados:

La reducción media de las puntuaciones en la escala de depresión de Goldberg, después de la terapia que incluía letras de canciones, fue mayor que la obtenida en la terapia cognitiva convencional (-3,1 vs. -2,1; $p=0,07$). Los pacientes de la terapia cognitiva con música puntuaron más alto en percepción de utilidad (8,2 vs 7,3. $p=0,01$) y mejoría percibida (7,6 vs 7. $p=0,05$) que los que recibieron terapia cognitiva convencional.

Unidad de Salud Mental Mental. Burjassot.
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
Departamento de Salud 6
(*)Servicio de Pediatría
Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Valencia. Departamento de Salud 7

Correspondencia: Dra. María Carmen Benedito Monleón
Email: benedito_mca@gva.es

Conclusiones:

Añadir la música (canciones con letras) a la terapia cognitiva convencional breve, en pacientes con síntomas depresivos, parece mejorar la eficacia del tratamiento y aumenta la percepción de utilidad y mejoría de los pacientes.

Palabras clave: Música. Terapia cognitiva. Adolescencia. Depresión.

Summary

Introduction:

Both cognitive conventional therapy and cognitive therapy with music are effective in reducing depressive symptomatology. The combination of both may improve their results, especially in adolescents and young adults for whom music is attractive.

Patients and Methods:

The aim of this study is to assess the effect of adding music (songs with lyrics) to cognitive therapy on depressive symptomatology, and on perceived utility and improvement with a brief therapy. It is a randomized, controlled, unblinded, crossed assay.

Results:

Twenty two patients between 16 and 29 years, with depressive symptomatology, on stable drug therapy received both treatments. Goldberg's Depression Scale mean score reduction after music therapy was bigger than after cognitive therapy (-3.1 vs. -2.1; $p=0.07$). Patients scored cognitive therapy with music higher than conventional cognitive therapy in terms of utility (8.2 vs. 7.3. $p=0.01$) and improvement (7.6 vs. 7. $p=0.05$).

Conclusions:

The addition of music (songs with lyrics) to brief cognitive therapy of patients with depressive symptomatology seems to improve its efficacy, and it is perceived more useful than brief conventional cognitive therapy.

Key words: Music. Cognitive therapy. Adolescence. Depression.

INTRODUCCIÓN

La música influye en las emociones y comportamientos de las personas. Tenemos evidencias de esta relación, tanto en individuos como en grupos. Actualmente, la música ejerce un poderoso efecto en los jóvenes y adolescentes. La mayor parte de su tiempo libre lo dedican a actividades relacionadas con la música. Los recientes avances tecnológicos permiten que la música esté permanentemente presente en la vida de los adolescentes. Por otra parte, la música resulta reforzante porque alivia sus preocupaciones, les relaja, provoca cambios emocionales, facilita la concentración, inspira pensamientos y es fuente de socialización (Schapira, Ferrari, Sanchez y Hugo, 2007).

La música puede evocar diferentes respuestas

emocionales dependiendo de sus características (tonalidad, intensidad e instrumentación). Los ritmos lentos inducen calma, tristeza y ternura; mientras que los ritmos rápidos provocan alegría, energía y excitación. En la tonalidad, los modos mayores son alegres y producen extroversión; mientras que los modos menores evocan melancolía, sentimentalismo e introversión. La intensidad del volumen puede ayudar a calmar si es bajo o a irritar si es alto. El tipo de instrumento musical puede también producir diferentes efectos. Por ejemplo, los instrumentos de cuerda se relacionan con el sentimiento, los de viento con alegría y los de percusión con acción (Schapira, Ferrari, Sánchez y Hugo, 2007).

Escuchar las letras de las canciones dota de palabras a las emociones y pensamientos permitien-

do expresarlos, y puede ser un instrumento para afrontar la tristeza y el estrés (Adrián, Páez y Álvarez, 1996; Sarkamo *et al.*, 2008).

La música tiene componentes físicos, psicológicos y sociales. Escuchar música induce cambios fisiológicos en la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria (Thomson, Schellenberg y Husain, 2001; Bernardi, Porta y Sleigh, 2006; Gómez y Danuser, 2007). Tocar y escuchar música mejora las habilidades motoras, tanto en personas sanas como en pacientes que están en rehabilitación tras sufrir daño cerebral (Sarkamo *et al.*, 2008). Asimismo, la música potencia la memoria y las capacidades de aprendizaje, a través de la estimulación de regiones cerebrales implicadas en las actividades cognitivas (Schellenberg, Nakata, Hunter y Tamoto, 2007; Thomson, Moullin, Hayre y Jones, 2005).

Además, la música es una herramienta de comunicación que facilita la interacción social (Gold, Voracez y Wigram, 2004; Keen, 2004; Rickson y Watkins, 2003).

La música ha demostrado ser útil en diferentes contextos clínicos y grupos de edad: reduce la dosis de fármacos en la anestesia espinal (Lepage, Drolet, Girard, Grenier y DeGagne, 2001), mejora la recuperación del daño cerebral durante el proceso de rehabilitación (Sarkamo *et al.*, 2008), mejora la ganancia de peso en niños prematuros (Lubetzky, Mimouni, Dollberg, Reifen y Ashbel, 2010), reduce los problemas anímicos debidos al aislamiento tras el trasplante de órganos (Cassileth, Vickers y Magill, 2003) y mejora la sintomatología depresiva (Schmid y Ostermann, 2010).

La música puede ayudar a interiorizar la psicoeducación, autoinstrucciones y restructuración cognitiva; elementos básicos de la terapia cognitiva. La inmensa variedad de canciones y estilos permite a la música abordar un gran número de trastornos incluyendo los alimentarios, de ansiedad, de drogadicción, adaptativos y depresivos. Seleccionando determinadas letras podemos facilitar los objetivos terapéuticos. La terapia resulta más atractiva y se mejora la adherencia al tratamiento. Tanto las músicas como las letras potencian el efecto beneficioso de la terapia cognitiva convencional (Benedito, 2010).

La mayoría de enfermedades mentales graves se inician en la adolescencia. Su diagnóstico y tra-

tamiento requiere nuevos acercamientos, por parte de los profesionales de la salud, que contemplen la perspectiva y preferencias de los adolescentes y jóvenes.

Este trabajo presenta una estrategia innovadora de terapia cognitiva breve para la sintomatología depresiva, que une el atractivo de la música a la efectividad de la terapia cognitiva.

PACIENTES Y MÉTODOS

Los pacientes entre 16 y 29 años con sintomatología depresiva derivados al psicólogo de la Unidad de Salud Mental (MBM), entre septiembre de 2010 y Marzo de 2011, candidatos a terapia cognitiva, fueron elegibles. De los 22 pacientes que finalizaron la terapia, doce sujetos tuvieron un diagnóstico simple (1 trastorno de personalidad, 8 trastorno adaptativo, 2 ansiedad generalizada y 1 depresión) y el resto presentaba comorbilidad psiquiátrica. Considerados todos los diagnósticos en todos los sujetos, por orden de frecuencia, fueron: trastorno adaptativo (10 casos), depresión (6), trastorno de personalidad (3), ansiedad generalizada (3), agorafobia (3), trastorno de pánico (3), hipocondría (2), fobia simple (1) y trastorno por estrés post-traumático (1). Los sujetos debían estar en tratamiento farmacológico estable, no tener déficits sensoriales (auditivos), disponer de tiempo suficiente y dispositivos electrónicos, que posibilitaran escuchar diariamente la música seleccionada para la terapia.

Los sujetos seleccionados fueron asignados aleatoriamente (secuencia de números aleatoria por bloques de 4) a uno de los dos grupos de tratamiento. Estos se diferenciaban solo por el orden de los tratamientos recibidos:

– Grupo A: 2 sesiones de terapia cognitiva breve + música, seguido de una sesión de evaluación; y 2 sesiones de terapia cognitiva convencional, seguido de una sesión de evaluación.

– Grupo B: 2 sesiones de terapia cognitiva convencional, seguido de una sesión de evaluación; y 2 sesiones de terapia cognitiva breve + música, seguido de una sesión de evaluación.

Este diseño cruzado permitía aumentar el tamaño muestral y reducir las diferencias entre los grupos al recibir todos los sujetos ambas terapias.

En la primera consulta (visita previa) los pacientes fueron evaluados, se estableció el diagnóstico psiquiátrico con sintomatología depresiva (ver resultados), se seleccionó y aleatorizó a los pacientes. Los sujetos no tenían conocimiento de la secuencia terapéutica que iban a seguir. El tratamiento tuvo la misma duración (15 semanas) y número de sesiones (6) en ambos grupos: 2 sesiones de tratamiento de 60 minutos de duración cada una, 1 sesión de evaluación; 2 sesiones de tratamiento de 60 minutos de duración cada una, y una sesión de evaluación. El tiempo transcurrido entre cada sesión fue de 3 semanas (Tabla 1).

Se empleó la escala para la depresión de Goldberg (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) para objetivar las fluctuaciones del estado de ánimo. Se trata de una escala heteroadministrada concebida para la detección de síntomas depresivos en atención primaria. Consta de 9 ítems, cuya respuesta positiva se puntúa 1 (mínimo de 0 y máximo de 9), siendo el punto de corte ≥ 2 . En cuanto a sus propiedades psicométricas, la escala tiene una especificidad del 81,8 %, una sensibilidad de 83,1 % y un valor predictivo positivo de 95,3 %. La escala fue completada en la visita previa y al final de cada terapia (tres semanas después de la finalización de cada tratamiento, es decir, en la sesión 3 y 6). Además, se evaluó el nivel subjetivo de mejoría y la utilidad de la terapia en una escala de 0 a 10.

La terapia cognitiva incluyó psicoeducación, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva en la forma convencional. La terapia cognitiva con música contenía los mismos elementos, pero utilizando canciones (melodías y letras).

Los pacientes elegían una o más canciones, con letras que tuvieran relación con la superación de estados anímicos, de un repertorio de 15 canciones preseleccionado por el terapeuta. Las escuchaban durante la primera sesión de la terapia, analizaban su mensaje y seleccionaban los versos que apoyaban la psicoeducación, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva. Se les indicaba que utilizaran diariamente las canciones y que buscaran canciones con mensajes semejantes para trabajar con ellas. Durante la segunda sesión de cada terapia, se revisaban y reforzaban las técnicas.

Los datos descriptivos fueron expresados como media (desviación estándar) o mediana (intervalo). Se realizaron comparaciones con pruebas no paramétricas: el test de U (Mann-Whitney para dos grupos independientes) y el test de Wilcoxon (medidas repetidas) para la muestra completa. Se estableció el límite convencional de significación estadística ($p < 0,05$). El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v.15.

RESULTADOS

Un total de 28 pacientes consecutivos fueron elegibles. Fueron excluidos 3 pacientes por déficit acústico (1 caso) o imposibilidad de escuchar las canciones diariamente en su domicilio (2 casos). Se aleatorizaron 25 pacientes (13 al grupo de terapia cognitiva con música + terapia cognitiva y 12 al de terapia cognitiva convencional + terapia cognitiva con música). Tres sujetos abandonaron la terapia antes de la primera evaluación de la eficacia terapéutica (2 del grupo de cognitiva

Tabla 1
Cronograma y contenido (tratamiento y evaluación)

Visita previa	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Diagnóstico	Tratamiento	Tratamiento	Evaluación	Tratamiento	Tratamiento	Evaluación
<i>Escala de G</i>	Cog+Mús (grupo A)	Cog+Mús (grupo A)	<i>Escala de G</i> Mejoría Utilidad (grupo B)	Cog (grupo A)	Cog (grupo A)	<i>Escala de G</i> Mejoría Utilidad
	Cog (grupo B)	Cog (grupo B)		Cog+Mús (grupo B)	Cog+Mús	

Escala de G: escala de Goldberg. Cog: terapia cognitiva breve. Mús: canciones.

con música y 1 del grupo de cognitiva convencional). No hubo más abandonos posteriormente. Veintidós pacientes completaron el estudio y fueron evaluados (13 mujeres). La media de edad fue de 21 años (intervalo: 16-29 años). Todos los pacientes recibían tratamiento farmacológico (dosis estable) en el momento de la inclusión, y tanto las dosis como los fármacos no se modificaron durante el estudio.

La sintomatología depresiva mejoró con ambas terapias. Las puntuaciones en la escala de depresión de Goldberg se redujeron en todos los casos al final del tratamiento (13 pacientes puntuaron "0" y la puntuación máxima fue "5" en un paciente). El orden de aplicación de la modalidad

terapéutica no mostró diferencias en las puntuaciones finales (1,6 y 1,1 para los grupos A y B respectivamente), aunque la terapia cognitiva con música obtuvo resultados parciales mejores (Tabla 2). Cuando se consideró el total de la muestra, la reducción media de puntuación fue mayor después de la terapia cognitiva con música (-3,1 vs. -2,1; $p=0,07$) (Tabla 3).

El nivel subjetivo de utilidad y mejoría obtenido fue mayor en el grupo de terapia cognitiva con música, que en el de terapia cognitiva convencional (Tablas 4-7). Cuando se añadió la terapia con música después de la cognitiva convencional, las puntuaciones en utilidad y mejoría fueron más elevadas.

Tabla 2
Media de las puntuaciones en la escala de depresión de Goldberg por grupo y terapia

	Evaluación línea base (Sesión 0)	Evaluación 1ª terapia (Sesión 3)	Δ	Evaluación 2ª terapia (Sesión 6)	Δ	Diferencia acumulada*
Grupo A (n=11)	7,3	3,6 (Cognitiva con música)	-3,7	1,6 (Cognitiva convencional)	-2	-5,7
Grupo B (n=11)	5,8	3,6 (Cognitiva convencional)	-2,2	1,1 (Cognitiva con música)	-2,5	-4,7

(Δ) Disminución desde la puntuación previa. Los pacientes evaluados en la sesión 3 de cada grupo fueron evaluados en la sesión 6 en el otro grupo de terapia. (*) U Mann-Whitney test. $P=0,4$

Tabla 3
Diferencia de puntuaciones media por terapia y grupo

	Diferencia de puntuación (Grupo A)	Diferencia de puntuación (Grupo B)	Diferencia de puntuación media*
Cognitiva con música (n=22)	-3,7	-2,5	-3,1
Cognitiva convencional (n=22)	-2	-2,2	-2,1

(*) Wilcoxon. $P=0,07$

Tabla 4
Puntuaciones en utilidad por grupo y terapia

	1ª utilidad subjetiva de la terapia (Sesión 3)	2ª utilidad subjetiva de la terapia (Sesión 6)
Grupo A (n=11)	7,6 (Cognitiva con música)	7,5 (Cognitiva convencional)
Grupo B (n=11)	7,2 (Cognitiva convencional)	8,7 (Cognitiva con música)

Tabla 5
Puntuaciones en utilidad por terapia

	Puntuación subjetiva en utilidad*
Cognitiva con música (n=22)	8,2 (1,1)
Cognitiva convencional (n=22)	7,3 (1,1)

Datos expresados como media (desviación estándar). (*) Wilcoxon. p=0,01

Tabla 6
Puntuaciones en mejoría por grupo y terapia

	1ª mejoría subjetiva de la terapia (Sesión 3)	2ª mejoría subjetiva de la terapia (Sesión 6)
Grupo A (n=11)	7,0 (Cognitiva con música)	7,2 (Cognitiva convencional)
Grupo B (n=11)	6,9 (Cognitiva convencional)	8,2 (Cognitiva con música)

Tabla 7
Puntuaciones en mejoría por terapia

	Puntuación subjetiva en mejoría*
Cognitiva con música (n=22)	7,6 (1,2)
Cognitiva convencional (n=22)	7 (1,0)

Datos expresados como media (desviación estándar). (*) Wilcoxon. P=0,05

DISCUSIÓN

Añadir música (canciones con letras) a la terapia cognitiva de pacientes con sintomatología depresiva parece mejorar su eficacia, y se percibe como más útil que la terapia cognitiva convencional.

Este acercamiento es más simple que la musicoterapia, que requiere un profesional con especiales competencias. La mayoría de los centros de salud mental carecen de musicoterapeutas y este innovador componente es de cualquier modo aplicable. Solo requiere por parte del terapeuta crear un mínimo repertorio de canciones (15 en este estudio), cuya música (ritmo e instrumental) y letra sugieran emociones positivas (alegría, optimismo, superación, afrontamiento, estímulo).

Las terapias de tercera generación son variantes especializadas de las terapias cognitivo conductuales. Estas surgen en la década de los 90 e incluyen la terapia de aceptación y compromiso,

la terapia de activación conductual, la terapia analítica funcional, la dialéctica conductual y la atención plena. Sin embargo, el presente trabajo propone utilizar la terapia cognitiva tradicional, pero utilizando como herramienta adicional las letras de las canciones. En este sentido, no hemos encontrado estudios similares que nos permitan contrastar el presente trabajo.

Estudios previos han presentado deficiencias en los diseños y, en consecuencia, en sus resultados (Maratos, Gold, Wang y Crawford, 2008). El presente trabajo fue diseñado para evaluar el beneficio de añadir música a la terapia cognitiva, con un mismo terapeuta, y un número limitado de sesiones en un breve período de tiempo. El tratamiento cognitivo con música obtiene mejores resultados en la reducción de la sintomatología depresiva, y obtiene puntuaciones más elevadas en términos de utilidad y mejoría percibida por los pacientes. La incorporación de la música requiere un papel

activo por parte del paciente, que elige las canciones entre las ofrecidas, analiza las letras, selecciona versos y busca nuevas canciones, contribuyendo a contrarrestar la apatía, clinofilia y anhedonia propias de los estados depresivos. Incluyendo las letras de las canciones en el proceso cognitivo se enriquece el proceso terapéutico y facilita al terapeuta la construcción del contenido del tratamiento (psicoeducación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones). En resumen, la música permite la participación del paciente en una actividad atractiva y el recuerdo positivo que asocia cada paciente a la canción, según sus preferencias y el significado de la letra.

En una comunicación previa (Benedito y López, 2012), demostramos la influencia de este tratamiento en la sintomatología de ansiedad, pero solo a nivel de valoraciones subjetivas de mejoría y utilidad. Los resultados que se presentan evidencian mejoría significativa de la percepción subjetiva de mejoría y utilidad, así como de la escala de Goldberg. Podría deducirse que la terapia cognitivo convencional parece más efectiva en sintomatología depresiva que en ansiosa, y que la inclusión de las letras de las canciones es más útil en pacientes con sintomatología depresiva.

La inclusión de las canciones, en la terapia cognitivo convencional, requiere la ausencia de déficits sensoriales graves y la disponibilidad de recursos (aparatos electrónicos portátiles personales) para su aplicación.

Las limitaciones que presenta el estudio incluyen la muestra reducida, la realización por un solo terapeuta, el intervalo de edad de la muestra pequeño y la ausencia de control del tipo de música y contenido de las letras de las canciones. Es deseable que los estudios futuros, para corroborar nuestros resultados, incluyan una muestra mayor, un grupo de edad más amplio, más de un centro (terapeuta) y establezcan qué canciones obtienen mejores resultados en cada grupo de edad.

CONCLUSIONES

La inclusión de música en la terapia cognitivo convencional de adolescentes y jóvenes con sintomatología depresiva es factible, y parece obtener mejores resultados que la terapia cognitivo convencional.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Adrián, J.A., Páez, D. y Álvarez, J.** (1996). Art, emotion, and cognition: Vigotskian and current approaches to musical induction and changes in mood and cognitive complexity. *Psicothema*, 8 (1): 107-118.
2. **Benedito, M.C.** (2010). Reflexiones en torno a la utilidad de la música en la terapia psicológica con adolescentes. *Revista Española de Pediatría*, 66 (2): 136-140.
3. **Benedito, M.C. y López, J.A.** (2012). Nuevas aportaciones a la terapia cognitiva convencional para el tratamiento de la sintomatología de ansiedad con adolescentes y jóvenes. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 102: 39-46.
4. **Bernardi, L., Porta, C. y Sleigh, P.** (2006). Cardiovascular, brainvascular and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians the importance of silence. *Heart*, 92: 445-52.
5. **Cassileth, B.R., Vickers, A.J. Y Magill, L.A.** (2003). Music Therapy for Mood Disturbance during Hospitalization for Autologous Stem Cell Transplantation. *Cancer*, 98: 2723-9.
6. **Gold, C., Voracez, M. y Wigram, T.** (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6): 1054-1063.
7. **Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D.** (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1834427/pdf/bmj00306-0033.pdf>
8. **Gómez, P. y Danuser, B.** (2007). Relationships between musical structure and psychophysiological measures of emotion. *Emotion*, 7: 377-87.
9. **Keen, A.W.** (2004). Using music as a therapy tool to motivate troubled adolescents. *Social Work in Health Care*, 39 (3-4), 361-73.
10. **Lepage, C., Drolet, P., Girard, M., Grenier, Y. y DeGagne, R.** (2001). Music Decreases Sedative Requirements During Spinal Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 93: 912-6.
11. **Lubetzky, R., Mimouni, F.B., Dollberg, S., Reifen, R., Ashbel, G. y Mandel, D.** (2010). Effect of Music by Mozart on Energy Expenditure in Growing Preterm Infants. *Pediatrics*, 125: e24-e28.
12. **Maratos, A., Gold, C., Wang, X. y Crawford, M.** (2008). Music therapy for depression. Co-

-
- chrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD004517.
13. **Rickson, D.J. y Watkins, W.D.** (2003). Music therapy to promote social behaviours in aggressive adolescents boys, a pilot study. *Journal of Music Therapy*, 40 (4): 283-301.
 12. **Sarkamo, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soynila, S., Mikkonen, T.A., Silvennoinen, H.M., Erkkla, J., Laine, M., Peretz, I. y Hietanen, M.** (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 20: 1-11.
 13. **Schapira, D., Ferrari, K., Sanchez, V. y Hugo, M.** (2007). El abordaje plurimodal en musicoterapia. Buenos Aires: ADIM ediciones.
 14. **Schellenberg, E.G., Nakata, T., Hunter, P.G. Y Tamoto, S.** (2007). Exposure to music and cognitive performance: Tests of children and adults. *Psychology of Music*, 35: 5-19.
 15. **Schmid, W. y Ostermann, T.** (2010). Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. *BMC Health Services Research*, 10, 291.
 16. **Thomson, R.G., Moullin, C.J., Hayre, S. y Jones, R.W.** (2005). Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients. *Experimental Aging Research*, 31: 91-9.
 17. **Thomson, W.F., Schellenberg, E.G. y Husain, G.** (2001). Arousal, mood and the Mozart effect. *Psychological Science*, 12: 248-51.