Efectos de la musicoterapia en los síntomas de ansiedad por *performance* musical en estudiantes universitarios de música

María Paula Ordóñez-Pachón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Bogotá, Colombia

2024

Efectos de la musicoterapia en los síntomas de ansiedad por *performance* musical en estudiantes universitarios de música

María Paula Ordóñez-Pachón

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Musicoterapia

Directora:

Psicóloga, Magister en Musicoterapia. María del Pilar Rodríguez Pulido

Codirector:

Psicólogo, Musicoterapeuta. Álvaro Enrique Ramírez Restrepo

Línea de Investigación:

Musicoterapia Clínica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Bogotá, Colombia

2024

Dedicatoria

A mi abuela, que cantó conmigo cuando canté para ella.

A los 14 estudiantes de música que aceptaron participar en este desafío de enfrentarse a ellos mismos a través de la musicoterapia porque quieren ganarle a la ansiedad por performance musical y seguir construyendo sus sueños musicales. ¡Por ustedes y para ustedes!

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

María Paula Ordoñez

_____

Nombre

Fecha 12/01/2025

Fecha

Agradecimientos

Al canto, a la flauta, al arpa y **a la música** porque han estado conmigo toda la vida y siempre han sido mi camino de autoconocimiento más íntimo.

A **Pachito**, **Marcelita**, **Nániel** y **Cata** porque el poder de su inmenso amor ha sido siempre mi mayor sostén e impulso. Por su apoyo incondicional y generoso en esta etapa de posgrado.

A **Luís Alberto Montealegre** por enseñarme a tocar guitarra, por sus aportes para el análisis de la música y por su compañía y apoyo durante la maestría.

A **Luís Felipe Acosta** por creer en mí e impulsarme a tomar el riesgo de creer en mí, porque sin él no habría trabajo final, no habría Magister, no habría musicoterapeuta.

A **Manuela Correal** por acompañarme y apoyarme con su conocimiento y sabiduría en este tema de interés común.

A **María Clara Arbeláez**, psicóloga y directora de los seminarios "Avance Crecimiento Personal", por su asesoría en los fundamentos de la terapia breve y otros conceptos importantes que sustentaron el proceso de musicoterapia que hizo parte de este estudio.

A la Profesora **Dianna Kenny, PhD**, psicóloga dedicada al estudio y tratamiento de la ansiedad por *performance* musical y desarrolladora del K-MPAI, por su asesoría acerca de este inventario.

A los maestros **Miyer Garvin**, **Alena Krasutskaya** y **Alejandro Fernández** por abrirme las puertas del Conservatorio de la Universidad Nacional de Colombia con total disposición para divulgar la convocatoria a la población de interés de mi estudio y por asesorarme sobre la convocatoria.

A los maestros **Carmen Barbosa**, **Miguel Ángel Suárez** y **Álvaro Ramírez** por crear la maestría a la que podemos acudir en Colombia para formarnos en esta maravillosa labor de servicio.

A la profesora **María del Pilar Rodríguez**, como directora de este trabajo final de maestría, y al profesor **Álvaro Ramírez** por la codirección.

A la **Universidad Nacional de Colombia** por el *campus* hermoso que brinda para aprender desde la diversidad y el intercambio de saberes.

A los 14 estudiantes de música que aceptaron dejarse tocar por la investigación en musicoterapia e hicieron posible la realización de mi trabajo final de maestría.

Resumen

Efectos de la musicoterapia en los síntomas de ansiedad por *performance* musical en estudiantes universitarios de música

Los estudiantes de carreras que exigen la realización de presentaciones en público tienen alta incidencia de ansiedad por *performance*. Específicamente los músicos son vulnerables a padecer ansiedad por *performance* musical (APM), entendida como la vivencia de un temor marcado y persistente por la ejecución de una presentación musical. Algunas investigaciones afirman que el agotamiento que produce la APM puede llevar a los estudiantes a abandonar su carrera. Desde 2009 se ha implementado el inventario de APM (K-MPAI) para cuantificar esta ansiedad y evaluar el efecto de algunos tratamientos para su manejo. Este estudio, realizado en Bogotá, Colombia, investigó si la musicoterapia puede contribuir al manejo de la APM en estudiantes universitarios de música, usando como instrumento de medida el K-MPAI e implementando herramientas de análisis cualitativo. Para ello, se realizó un proceso de musicoterapia con 14 estudiantes de música voluntarios, distribuidos en 2 grupos con los que se realizó una sesión semanal de aproximadamente 1,5 horas hasta completar 9 sesiones por grupo, implementando los cuatro métodos de la musicoterapia. En total, se ejecutaron 18 sesiones de musicoterapia, completando 27,3 horas de práctica. Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa de los valores del K-MPAI luego del proceso y el análisis cualitativo evidenció cambios positivos en la sensación de los estudiantes con respecto a la APM. A partir de los resultados, se concluye que es favorable implementar la musicoterapia como herramienta terapéutica efectiva para tratar la APM en estudiantes universitarios de música y se recomienda su uso en esta población.

Palabras clave: musicoterapia, ansiedad por *performance* musical, frustración profesional, estudiantes universitarios de música, K-MPAI.

Abstract

Effects of music therapy on music performance anxiety symptoms in music students of undergraduate programs

Students of undergraduate programs that imply public performances use to present high incidence of performance anxiety. Musicians are especially vulnerable to music performance anxiety (MPA), which is understood as the experience of a strong and persistent fear in response to a music performance. Some studies establish that the exhaustion level generated by MPA can lead music students to leave their studies. Since 2009, the Inventory for MPA (K–MPAI) has been used as a tool to quantify this anxiety and assess the effect of some treatments to manage it. This study sought to understand if music therapy can contribute to the management of MPA in undergraduate music students, using the K–MPAI as measuring instrument and implementing qualitative analytical tools as complement. For this, a process of music therapy was done with 14 volunteer music students, distributed in 2 groups that pass through 1 weekly session of around 1,5 hours each, until completing 9 sessions per group, in which the four methods of music therapy were implemented. Summing all the sessions up, as part of this study, 18 sessions of music therapy were carried out, completing 27,3 hours of practice. Results showed a statistically significant reduction of the K–MPAI values after the process, and the qualitative analysis revealed positive changes in the students' sensation about MPA; which leads to conclude that it is favorable to use music therapy as an effective tool for the treatment of MPA in undergraduate music students, and its use with this population is recommended.

Keywords: music therapy, music performance anxiety, professional frustration, graduate students of music programs, K-MPAI.

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Lista de figuras ..... **XIV**

Lista de tablas ..... **XV**

Lista de símbolos y abreviaturas ..... **XVI**

Introducción **1**

1. Situación problemática **5**
1.1 Antecedentes 5
1.1.1 Herramientas de atención para las personas con APM 8
1.2 Justificación 12
1.3 Planteamiento del problema 14
1.3.1 Pregunta de investigación 14
1.3.2 Hipótesis 14
1.4 Objetivos 14
1.4.1 Objetivo General 14
1.4.2 Objetivos Específicos 14

2. Marco teórico **17**
2.1 Ansiedad por *performance* musical 18
2.1.1 Teoría de la ansiedad basada en las emociones, de Barlow 21
2.1.2 Inventario de ansiedad por *performance* musical de Kenny 23
2.2 Estudiantes universitarios de música 27
2.3 Musicoterapia 30
2.4 Enfoques terapéuticos de soporte 33
2.4.1 Fundamentos teóricos desde la psicología 33
2.4.2 Terapia breve a través de grupos de encuentro 34
2.5 Marco ético de acuerdo con la AMTA 35

3. Metodología **37**
3.1 Diseño de investigación 37
3.2 Muestra poblacional 39
3.3 Criterios de elegibilidad 40
3.4 Variables de estudio 40
3.5 Instrumentos de registro y medición 40
3.5.1 Instrumentos de registro 40

3.5.2 Instrumento de medición cuantitativa ... 42
3.5.3 Instrumentos de evaluación cualitativa ... 42
3.6 Procedimiento ... 44
3.7 Análisis estadístico ... 47

4. Resultados ... 49
4.1 Proceso de musicoterapia realizado ... 49
4.2 Caracterización de la muestra poblacional en términos de la APM ... 51
4.2.1 Instrumento de registro: historia musical ... 52
4.2.2 Instrumento de medición cuantitativa: K-MPAI ... 54
4.2.3 Instrumento de evaluación cualitativa: entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre la APM ... 57
4.3 Resultados obtenidos al finalizar el proceso de musicoterapia ... 60
4.3.1 Instrumento de medición cuantitativa: K-MPAI ... 60
4.3.2 Instrumentos de evaluación cualitativa ... 63
4.3.2.1 Matriz de análisis de los protocolos de sesión ... 63
4.3.2.1.1 Musicoterapia a través del método receptivo ... 66
4.3.2.1.2 Musicoterapia a través del método de re-creación ... 69
4.3.2.2 Productos musicales a través de los métodos de improvisación y composición ... 70
4.3.2.2.1 Musicoterapia a través del método de improvisación ... 71
4.3.2.2.2 Musicoterapia a través del método de composición ... 74
4.3.2.3 Entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia ... 90

5. Análisis y discusión ... 95
5.1 Análisis en torno a los objetivos del estudio ... 95
5.1.1 Objetivo General ... 95
5.1.2 Objetivos Específicos ... 96
5.1.2.1 Objetivo Específico No. 1 ... 96
5.1.2.2 Objetivo Específico No. 2 ... 98
5.1.2.3 Objetivo Específico No. 3 ... 99
5.1.2.4 Objetivo Específico No. 4 ... 104
5.1.2.5 Objetivo Específico No. 5 ... 110
5.2 Análisis en torno a las variables de estudio ... 112
5.2.1 Variable principal: ansiedad por *performance* musical ... 112
5.2.2 Variables específicas ... 116
5.2.2.1 Cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros (factor 2 del K-MPAI) ... 117
5.2.2.2 Ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance* (factor 1 del K-MPAI) 119
5.2.2.3 Aprensión ansiosa (factor 7 del K-MPAI) ... 121
5.3 Análisis en torno a la hipótesis y la pregunta de investigación ... 122
5.4 Limitaciones del estudio ... 124

6. Conclusiones y recomendaciones ... 127
6.1 Conclusiones ... 127
6.2 Recomendaciones ... 129

A. Anexo: Principales objetivos de cada método de la musicoterapia según Bruscia (2007)… ... 131

B. Anexo: Resumen del proceso de musicoterapia implementado 133

C. Anexo: Contexto musical de los participantes durante su crianza, infancia y adolescencia… 135

D. Anexo: Gustos y desagrados musicales de los participantes en la actualidad 137

E. Anexo: Descripción de la música que los participantes manifestaron disfrutar interpretar vs. la música que les genera mayores niveles de APM cuando deben tocarla 139

F. Anexo: Resultados por participante de los valores del K-MPAI aplicado en el comienzo del proceso de musicoterapia y sus factores constituyentes 141

G. Anexo: Clasificación por rangos de quintiles de los resultados por participante para el K-MPAI aplicado en el comienzo del proceso de musicoterapia y sus factores constituyentes…. 143

H. Anexo: Partes del cuerpo resaltadas por los participantes como lugares donde sienten tensión, dolor u otra sensación incómoda antes, durante o después de un *performance* musical.. 145

I. Anexo: Descripción de los resultados del K-MPAI al final del proceso de musicoterapia…. 147

J. Anexo: Aspectos relevantes identificados por la investigadora al final del proceso de musicoterapia para cada elemento de los protocolos de sesión..... 151

K. Anexo: Características generales de las improvisaciones realizadas durante el proceso de musicoterapia 155

L. Anexo: Porcentaje de improvisaciones realizadas en cada modalidad 157

M. Anexo: Análisis final de las improvisaciones desde la perspectiva de proceso 159

N. Anexo: Transcripción musical y letra de algunas canciones compuestas de manera individual en la primera actividad de composición..... 165

O. Anexo: Composición gráfica de un participante durante la primera actividad de composición del proceso de musicoterapia 167

P. Anexo: Letras transformadas como parte de la actividad de parodia de canción 169

Q. Anexo: Transcripción de la canción compuesta por un participante en la tercera actividad de composición del proceso de musicoterapia..... 173

R. Anexo: Transcripción de la melodía con letra de la canción “Yo puedo equivocarme” 175

S. Anexo: Transcripción de la melodía del coro y el tema principal de las estrofas de la canción “La perfección no es música”..... 177

Bibliografía 179

Lista de figuras

Pág.

Figura 3-1. Cronograma de actividades de la investigación. 37
Figura 3-2. Clasificación de los puntajes del K-MPAI utilizada para el presente estudio, realizada con base en la escala porcentual del inventario. 42
Figura 4-1. Ejemplo de *setting* utilizado durante una de las sesiones de musicoterapia..... 51
Figura 4-2. K-MPAI aplicado a la muestra poblacional de 14 estudiantes universitarios de música antes de pasar por un proceso de musicoterapia. 55
Figura 4-3. Nube de palabras que ilustra las categorías relevantes registrados en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre la APM. 58
Figura 4-4. Nube de palabras que ilustra los términos asociados con el cuerpo que fueron registrados en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre la APM.. 59
Figura 4-5. Resultados del K-MPAI y sus factores constituyentes antes del proceso de musicoterapia (izq. en cada columna) y después del mismo (der. en cada columna). 62
Figura 4-6. Productos de la implementación de la técnica de artes mixtas involucrando el método receptivo..... 69
Figura 4-7. Transcripción de motivos de algunas canciones compuestas de manera individual en la primera actividad de composición. 77
Figura 4-8. Descripción armónica de algunas composiciones instrumentales realizadas de manera individual en la primera actividad de composición..... 78
Figura 4-9. Transcripción del motivo rítmico y melódico de la canción compuesta por un participante en la tercera actividad de composición del proceso de musicoterapia. 82
Figura 4-10. Transcripción del motivo melódico de la canción “Yo puedo equivocarme”..... 83
Figura 4-11. Transcripción del motivo melódico y armónico de la canción “La perfección no es música”. 84
Figura 4-12. Transcripción de la composición instrumental realizada por un participante en la penúltima sesión del proceso de musicoterapia. 87
Figura 4-13. Descripción musical de la composición en dueto con guitarra y xilófono diatónico en C, realizada durante la última actividad de composición del proceso. 88
Figura 4-14. Motivo rítmico que predominó en la segunda composición de la última actividad con este método durante el proceso de musicoterapia. 88
Figura 4-15. Nube de palabras con las categorías relevantes registradas en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia. 90

Lista de tablas

Pág.

Tabla 3-1. Criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra poblacional. 40
Tabla 4-1. Duración del proceso de musicoterapia implementado con cada grupo. 49
Tabla 4-2. Comparación de los resultados del K-MPAI aplicado a 2 grupos de estudiantes universitarios de música (N1 = 6, N2 = 8), antes de pasar por un proceso de musicoterapia. 55
Tabla 4-3. Distribución de los resultados del K-MPAI y sus factores constituyentes en el inicio del proceso de musicoterapia, según la escala de clasificación por quintiles utilizada en el presente estudio. 56
Tabla 4-4. Comparación entre los resultados del K-MPAI aplicado a los 2 grupos de intervención (N1 = 4, N2 = 7), después de pasar por el proceso de musicoterapia. 60
Tabla 4-5. Comparación entre los resultados obtenidos del K-MPAI antes y después del proceso de musicoterapia mediante la prueba de Wilcoxon. 61
Tabla 4-6. Comparación entre los resultados del K-MPAI antes y después del proceso de musicoterapia, con base en la escala de quintiles establecida en el presente estudio. 62
Tabla 4-7. Observaciones generales extraídas del análisis final de las improvisaciones desde la perspectiva de proceso. 72
Tabla 4-8. Respuestas de los 11 participantes entrevistados, ante la pregunta de si volverían a participar en un proceso de musicoterapia. 92

Lista de símbolos y abreviaturas

Símbolos con letras latinas

Símbolo	Término
$\bar{x}$	Promedio aritmético
p	Valor de probabilidad
Z	Valor estadístico estandarizado de la prueba Wilcoxon

Abreviaturas

Abreviatura	Término
AMTA	Asociación Americana de Musicoterapia
APM	Ansiedad por *performance* musical
ASAB	Academia Superior de Artes de Bogotá
Der.	Derecha
Fig.	Figura
Izq.	Izquierda
K-MPAI	Inventario de ansiedad por *performance* musical de Kenny
UN	Universidad Nacional de Colombia
SD	Desviación Estándar

Introducción

En el presente documento se plasma la investigación acerca de los efectos de la musicoterapia sobre los síntomas de ansiedad por *performance* musical (APM) en una muestra poblacional de estudiantes universitarios de música adscritos a Universidades ubicadas en Bogotá, Colombia. El proceso completo de la investigación, desde el planteamiento inicial del tema hasta la elaboración de este manuscrito, se dio entre los años 2022 y 2024, en el marco del trabajo final de maestría desarrollado para optar al título de Magíster en Musicoterapia.

El documento está organizado en 4 partes generales: en la primera, conformada por los Capítulos 1 y 2, se expone el contexto en el que se enmarca el tema de interés, se plantea de manera detallada la problemática de estudio y se describe el marco teórico que soporta la investigación; en la segunda, conformada por el Capítulo 3, se describe la metodología implementada a lo largo del estudio; en la tercera, conformada por el Capítulo 4, se detallan los resultados obtenidos; y, en la cuarta, conformada por los Capítulos 5 y 6, se analizan los resultados y se condensan las conclusiones y recomendaciones generadas a partir de la investigación.

El tema central de este estudio surgió del interés de la investigadora de ampliar la oferta terapéutica para el tratamiento de la APM en personas que eligieron la música como profesión y que se han enfrentado a dificultades en su quehacer profesional debido a los síntomas de este tipo de ansiedad. Lo anterior, teniendo en cuenta que esta condición resulta más común de lo esperado en el gremio de músicos y, en ocasiones, empieza a manifestarse durante su formación profesional, dando la falsa impresión de estar relacionada con la misma.

Partiendo de allí, la investigación se basó en literatura científica disponible acerca de la APM y los diferentes abordajes de tratamiento que se han puesto a prueba para tratarla, así como en investigaciones disponibles sobre la implementación de la musicoterapia como herramienta terapéutica para condiciones psicológicas relacionadas, presentes en estudiantes de música y otras poblaciones.

Con sustento en dicho contexto teórico, como parte de esta investigación se implementó un proceso de musicoterapia que fue diseñado como terapia breve a través de grupos de encuentro y en el cual se implementaron los 4 métodos de la musicoterapia. Este se llevó a cabo con la participación voluntaria de 14 estudiantes música instrumental de la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, quienes manifestaron que presentaban síntomas de APM y que de alguna manera sentían afectada su carrera o su desempeño profesional debido a esto.

El impacto del proceso de musicoterapia sobre la APM se analizó de manera cuantitativa y cualitativa. Para el análisis cuantitativo se implementó el Inventario de Ansiedad por *Performance* Musical de Kenny (K-MPAI), un instrumento psicométrico basado en la teoría multicausal de la APM y desarrollado en 2009 para comprender y medir específicamente este tipo de ansiedad. Para el análisis cualitativo se realizaron entrevistas escritas y se implementaron otros instrumentos de evaluación propios del ejercicio de la musicoterapia, tales como el análisis cualitativo de las improvisaciones, el análisis de protocolos de sesiones y el análisis de las composiciones.

El inventario se aplicó a la muestra poblacional antes y después del proceso de musicoterapia para determinar si los resultados se modificaban de manera significativa luego del mismo; además, la aplicación inicial también sirvió como aporte a la caracterización de la muestra poblacional específica de este estudio.

Antes del proceso de musicoterapia, la muestra poblacional mostró un valor intermedio alto de APM, derivado principalmente de cogniciones desfavorables de los participantes sobre sí mismos y sobre lo que otras personas pudieran pensar de ellos, síntomas somáticos de ansiedad y esquemas catastrofistas en torno a cualquier tipo de *performance* musical que tuvieran que realizar. Además de los resultados del K-MPAI, esta caracterización se basó también en las entrevistas escritas aplicadas en la primera sesión del proceso y se evidenció durante las primeras sesiones del mismo.

Con el transcurrir del proceso, los participantes fueron mostrando y manifestando confianza en el espacio, la musicoterapia, la musicoterapeuta y los demás participantes, lo cual les facilitó conectarse con las actividades y evidenció la creación de un vínculo. Así, de ser detonantes evidentes de algunas manifestaciones de APM, las actividades de musicoterapia fueron transformándose en mecanismos de autorreconocimiento de los participantes y reconexión consigo mismos, expresión emocional y liberación de esquemas mentales nocivos, entre otros.

Al finalizar el proceso de musicoterapia se presentó una reducción estadísticamente significativa en el valor general de APM del grupo, de acuerdo con los resultados del K-MPAI. Además, los participantes manifestaron sentirse mejor con ellos mismos, entre otras razones, por haber logrado reconocer sus habilidades, capacidades y logros en su trayectoria como músicos y darles la importancia que tienen, por restarle energía a la preocupación por cometer errores y por recordar y reconocer la satisfacción que les genera estudiar música.

A partir de lo anterior, puede decirse que mediante el proceso de musicoterapia implementado en el marco de esta investigación fue posible reducir los niveles de APM en la muestra poblacional de la misma. Igualmente, puede decirse que a través de este estudio se generó un aporte al entendimiento de cómo la musicoterapia puede contribuir al manejo de este tipo de ansiedad en estudiantes universitarios de música. Con esto, se amplía el conocimiento de la musicoterapia como herramienta terapéutica, de la APM como condición psicológica de interés y de los estudiantes universitarios de música como población de interés.

Finalmente, es importante resaltar que esta investigación propuso de forma pionera la implementación del K-MPAI, como principal herramienta de medición de resultados, en un estudio enfocado en analizar los efectos de la musicoterapia sobre el tratamiento de la APM en músicos colombianos. Partiendo de esto y con base en los resultados obtenidos, se impulsa a la continuidad de investigaciones como esta y al planteamiento de nuevos estudios en esta línea, a partir de los cuales pueda seguir robusteciéndose el conocimiento sobre la APM en Colombia, sobre las problemáticas profesionales de los músicos y los estudiantes de música en el país y sobre la implementación de la musicoterapia como herramienta terapéutica para esta condición y para esta población.

1. Situación problemática

1.1 Antecedentes

Los estudiantes universitarios, especialmente los de carreras que exigen la realización de presentaciones o discursos en público, son considerados una población con alta incidencia de ansiedad por *performance* (Agirre-Maiora et al., 2015), además de otros trastornos psicológicos como estrés, depresión o diferentes tipos de ansiedad (Fajardo-Calvache y Rodríguez-Caicedo, 2013; Rodríguez-Ayan y Sotelo, 2014).

Por su parte, los músicos suelen ser considerados como una población con alta vulnerabilidad a padecer diferentes condiciones psicológicas, especialmente aquellos que tienen en la música su vocación y desarrollo profesional (Barbar et al., 2014; Kenny et al., 2014). Entre dichas condiciones resalta la ansiedad por *performance* musical (APM), un desafío universal entre los músicos, que, a pesar de la creencia ampliamente difundida de que afecta principalmente o únicamente a músicos clásicos, es una condición que impacta a músicos de diferentes corrientes de profundización, tanto a aquellos dedicados a la música clásica, como a aquellos dedicados a "músicas populares" (Cornett, 2024).

Algunas investigaciones han estudiado las principales causas de estrés, rezago académico y deserción en estudiantes universitarios y pre universitarios de programas de formación en música: Cáceres et al. (2018) en Argentina, Correa-Ortega y Carbajal-Vaca (2021) en México, Medina-Pachas (2018) en Perú, Gaviria-Jesurúm y Suárez-Guzmán (2008) en Colombia; sin embargo, en estos estudios no se tienen en cuenta variables personales psicológicas que pueden contribuir a las situaciones antes mencionadas (tales como la ansiedad social o la APM), sino que, por el contrario, se enfocan principalmente en factores de rendimiento académico y factores económicos como detonantes de las mismas.

Por su parte, otros estudios afirman que el nivel de agotamiento que produce la APM puede llevar a los estudiantes de música al deterioro de su desempeño en una presentación musical (Ryan y Andrews, 2009), al abandono de su carrera profesional (Conti, 2018; Kenny, 2011; Ryan y Andrews, 2009) e, incluso, a disminuir su felicidad general, lo cual impacta negativamente su calidad de vida (Kenny, 2011; Ryan y Andrews, 2009; Yondem, 2007). Adicionalmente, otras investigaciones sugieren que comúnmente estos profesionales pueden presentar además cuadros de depresión y ansiedad social (Barbar et al., 2014; Kenny et al., 2014).

En cuanto a esto, Dalia-Cirujeda (2004) señala que, para ese año, alrededor de un 20% de los estudiantes de música abandonaban los estudios del conservatorio debido a la APM y entre un 40% y un 60% sentían que su interpretación se deterioraba significativamente por esta causa. Desafortunadamente, no se encontraron datos más actualizados sobre este tema en la literatura científica.

En 2009, la psicóloga australiana Dianna Kenny planteó una teoría sobre la APM y creó el inventario de APM de Kenny: K-MPAI, por sus siglas en inglés (Kenny, 2009b). Desde entonces, este inventario ha sido traducido a 22 idiomas, incluyendo el español, y ha sido usado en más de 400 investigaciones en todo el mundo, enfocadas en el estudio de la APM en estudiantes de música, músicos profesionales y músicos no profesionales, dedicados a la ejecución de diferentes tipos de música (Kenny, 2023).

Algunos de los estudios a nivel mundial que han aplicado el K-MPAI mostraron que los estudiantes con puntajes más altos del inventario solían tener desempeños académicos más pobres y menor cantidad anual de presentaciones en concierto y, por otro lado, los puntajes aumentaron en estudiantes de último año de estudio con respecto a los estudiantes de primer año (Kenny, 2023). Lo anterior, evidencia la necesidad de tratar la APM desde el comienzo de los procesos de formación para evitar que esta empeore con el transcurso del mismo y que tenga impactos nocivos en la formación profesional de los músicos.

De acuerdo con Kenny (2023), el K-MPAI también ha sido usado en investigaciones dirigidas a estudiar los efectos de algunos tratamientos enfocados en trabajar la APM, mostrando buena sensibilidad hacia las intervenciones efectivas. En Sudamérica, se han hecho diferentes estudios aplicando el K-MPAI, por ejemplo, en Perú y Brasil se encuentran los estudios de Beltrán-

Zaldumbide y Borja-Narváez (2022), Burin et al. (2019), Damián-Quinto (2020), Gómez-Mejía (2016), Pinto-Aguilar (2018) y Sabino (2019), entre otros.

Puntualmente en Colombia, Martínez-Pineda (2017) aplicó este índice traducido al español, junto con otras cuatro pruebas psicométricas, para evaluar el impacto de una terapia psicológica contextual en el miedo escénico de una muestra poblacional de estudiantes de música instrumental de la Universidad Nacional de Colombia (UN). Sin embargo, hasta ahora no se han encontrado estudios en la literatura científica que evalúen los efectos de la musicoterapia sobre la APM implementando el K-MPAI.

En países como Colombia y Perú, algunos estudios se han enfocado en implementar la musicoterapia como herramienta de acompañamiento durante el proceso universitario de estudiantes de diferentes carreras, logrando manejar de manera positiva el estrés académico a nivel emocional (Cuesta-Flores, 2019; Tejada-Muñoz et al., 2020). Por otro lado, algunas investigaciones, como la de Ponce de León-Barranco y del Olmo-Barros (2020) en España, han desarrollado procesos de musicoterapia con estudiantes universitarios específicamente de música, logrando aumentar la motivación por su profesión e, incluso, su autoestima.

Estudios realizados en Colombia, en los que también se implementó musicoterapia en procesos con estudiantes universitarios específicamente de música, consiguieron fortalecer la metacognición y el interés académico (Aldana-Guzmán, 2022), disminuir, prevenir y manejar el estrés académico (Arango-López et al., 2021; Carrillo-Toro, 2022) y estimular el desarrollo de la creatividad (Urrea-Veloza, 2016).

Por su parte, el estudio de López-Calvache (2013), en el que se implementó musicoterapia con cantantes del Conservatorio de la UN, señaló que el proceso no tuvo resultados significativos en la disminución de los niveles de ansiedad de los participantes a la hora de enfrentar presentaciones en público, ni durante el estudio ni en los momentos posteriores al mismo, lo cual es atribuido por la autora a fallas metodológicas.

Como lo señala Cornett (2024), la mayoría de la investigación y de los artículos publicados acerca de APM provienen de Norteamérica, Reino Unido y Australia y el dominio idiomático de la información es el inglés. De acuerdo con la autora, esto representa un sesgo para el entendimiento global de la APM, pues generaliza los hallazgos como si aplicaran por igual para todas las culturas

y, por el contrario, desconocen que la forma de enfrentar este tipo de ansiedad varía según el contexto de las personas. Por ejemplo, resalta que la investigación proveniente de las regiones mencionadas asume cosas que no son reales para la gente en todo el mundo, por ejemplo, que los estudiantes que padecen APM quieren hablar de ella, que no hay un estigma sobre las condiciones mentales y que se asume con normalidad el buscar apoyo psicológico o de otras corrientes terapéuticas, entre otras.

En otro contexto, es importante resaltar que, desde hace más de 40 años, existen en Colombia algunos programas de psicología que ofrecen procesos de terapia breve para brindarle herramientas de alto impacto a las personas para su desarrollo o crecimiento personal (Seminarios Insight [Insight], 2024; Avance Crecimiento Personal [Avance], s.f.). Ejemplo de esto son los Seminarios *Insight*, un programa que tiene más de 40 años de trayectoria y está presente en más de 20 países en el mundo, incluyendo Colombia (Insight, 2024), y Avance Crecimiento Personal, un programa fundado en Colombia en 1989 y enfocado en que las personas descubran su potencial y lo pongan en acción (Avance, s.f.).

Aunque los programas mencionados no tratan directamente la APM o algún trastorno o psicopatología específica, es importante mencionarlos, pues, al ofrecerle a las personas la posibilidad de identificar o reconocer diferentes herramientas de desarrollo personal, también se constituyen como escenarios en los que los participantes pueden adquirir estrategias útiles para el enfrentamiento o manejo de situaciones desafiantes, tales como las que pueden experimentar los músicos por causa de la APM.

Además, de acuerdo con Lane (2000), las terapias breves se constituyen como una posibilidad de hecho para muchas personas, dado el contexto del costo económico del cuidado de salud. Hasta el momento, este tipo de procesos o programas, centrados en los fundamentos teóricos de la terapia breve, no han sido desarrollados formalmente implementando la musicoterapia como herramienta terapéutica.

1.1.1 Herramientas de atención para las personas con APM

A pesar de lo mencionado anteriormente sobre las vulnerabilidades evidentes de los estudiantes universitarios y puntualmente los estudiantes de música, es importante mencionar que es escasa la demanda de ayuda y tratamiento por parte de las personas afectadas (Burin et al., 2019), quizás, entre

otras razones, porque también es escasa la oferta o su divulgación. Además, como lo resalta Cornett (2024), aunque la APM es común entre los músicos de todo el mundo, las herramientas de enfrentamiento y las soluciones varían entre culturas, pero, actualmente, la investigación en torno a esta ansiedad predomina en Norteamérica, Reino Unido y Australia, por lo cual los hallazgos y los enfoques de atención a esta condición están basados en las culturas propias de dichas regiones.

A continuación, se describen algunos ejemplos de tratamientos que se han implementado para tratar psicopatologías en los músicos y estudiantes de música, tales como la ansiedad, el estrés y la APM, y sus resultados generales. Entre ellos, se han implementado técnicas basadas el yoga y la meditación, logrando disminuir la ansiedad ante el rendimiento musical y reducir los síntomas de tensión, ira y depresión asociadas y sin tener resultados positivos sobre la percepción de estrés ni sobre factores musculares relacionados con el desempeño musical (Khalsa et al., 2009).

Otra estrategia implementada ha sido la terapia conductual, a través de técnicas como la desensibilización sistemática basada en la improvisación musical, la relajación muscular progresiva y la imaginería enfocada en mejorar los síntomas de la preocupación por el desempeño musical, obteniendo resultados positivos sobre los niveles de ansiedad, tensión muscular y preocupación y cambios esperados en la temperatura de los dedos de las manos, sin efectos sobre la interpretación, la ansiedad medida mediante escalas análogas visuales ni sobre la APM (Kim, 2008).

También ha sido empleada la técnica Alexander, una técnica a través de la cual se trabaja la coordinación entre los movimientos corporales y la consciencia y el control mental sobre los mismos para inhibir patrones motores perjudiciales para el cuerpo y sustituirlos por patrones benéficos. La literatura científica que registra la implementación de esta técnica, reporta mejorías en los niveles de APM, pero no ante el rendimiento musical, la regulación de la respiración ni la regulación de la postura corporal (Klein et al., 2014).

Por otro lado, la investigación de Allen (2013) sugiere que la improvisación musical es una herramienta que contribuye a disminuir las sensaciones que produce APM, pues le muestra a los músicos otras formas de enfrentar los posibles errores que puedan cometer durante una interpretación.

La terapia de aceptación y compromiso también fue probada por Viator et al. (2024) como una herramienta útil no solo para el tratamiento de la APM, sino, como consecuencia, también para la

mejora en la calidad de las presentaciones musicales de quienes padecen APM. Este estudio se realizó puntualmente con estudiantes de música y resaltó la importancia de la defusión cognitiva como estrategia para el tratamiento de la APM.

Otra corriente de estudios, como aquellos que son de revisión, también ha reunido información importante; por ejemplo, en una revisión de literatura científica acerca de tratamientos implementados para tratar la APM, Ortiz-Brugués (2011) reportó la implementación en diferentes estudios de técnicas conductuales, cognitivas, cognitivo-conductuales, Alexander, meditación, programación neurolingüística, *biofeedback* y tratamiento farmacológico y concluyó que la terapia cognitivo-conductual tuvo mejores resultados en términos de disminuir los síntomas de ansiedad en muestras poblacionales pequeñas.

Otro estudio de revisión (Nagel, 2010) se enfocó en las terapias conductual, cognitiva y psicodinámica como tratamientos para la APM, indicando que la desensibilización sistémica, empleada en conjunto con la reestructuración cognitiva y la práctica en el escenario, fue útil para reducir la ansiedad y mejorar la calidad de las interpretaciones, y resaltando que otras técnicas como la relajación progresiva, la terapia cognitivo-conductual y el *biofeedback* también demostraron tener efectos positivos sobre los niveles de APM.

Otros estudios han implementado técnicas de relajación en poblaciones de estudiantes de otros niveles, por ejemplo, estudiantes de colegio. A través de la relajación conductual y la relajación muscular progresiva, Rasid y Parish (1998) lograron una disminución en la ansiedad en estudiantes de bachillerato; mientras que Su et al. (2010) obtuvieron resultados de disminución en la APM a corto plazo implementando técnicas de respiración, sin comprobar resultados a largo plazo.

Las técnicas de respiración son un punto de atención importante para tratar la APM, pues estudios como el de Studer et al. (2011) han encontrado correlaciones positivas entre la hiperventilación y las sensaciones displacenteras asociadas a esta ansiedad.

Por otro lado, más allá de las investigaciones realizadas para poner a prueba las técnicas, Kenny et al. (2014) señalan que los músicos de orquesta implementan por sí mismos estrategias para enfrentar la APM, tales como la respiración profunda, la distracción, el diálogo interno, técnicas de relajación,

la búsqueda de apoyo médico, la práctica de la hipnosis, la meditación e, incluso, la ingesta de alcohol.

Por su parte, Beltrán-Zaldumbide y Borja-Narváez (2022) mencionan otras opciones de abordaje terapéutico para la ansiedad escénica en general, pero las presentan como alternativas y no como opciones ya puestas en práctica o probadas mediante estudios publicados; entre ellas, destacan la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de mindfulness, la musicoterapia y la reestructuración cognitiva, además de otras que ya fueron mencionadas anteriormente.

Particularmente en su estudio, Beltrán-Zaldumbide y Borja-Narváez (2022) concluyeron que la terapia cognitivo-conductual se perfila como una de las más eficaces para tratar la ansiedad escénica, sugiriendo complementarla con herramientas como la musicoterapia especialmente en el caso de la ansiedad escénica musical.

En Colombia, Martínez-Pineda (2017) implementó terapia contextual para trabajar el miedo escénico en estudiantes universitarios de música instrumental, concluyendo que el impacto de esta terapia fue reducido e influyó positivamente únicamente sobre la defusión cognitiva, es decir, la capacidad de las personas de reconocer que sus pensamientos son eventos temporales separados de sí (Soleimani y Dastbaz, 2023).

Por su parte, López-Calvache (2013) implementó musicoterapia para trabajar la ansiedad escénica también en estudiantes universitarios de música instrumental, sin obtener resultados significativos en la disminución de los niveles de esta ansiedad debido a fallas metodológicas, según lo manifiesta la autora.

Otros estudios realizados con estudiantes universitarios de música en el país se han enfocado en evaluar la efectividad de diferentes tratamientos, incluyendo la musicoterapia, sobre temas como el fortalecimiento de la metacognición (Aldana-Guzmán, 2022), el desarrollo de la creatividad (Urrea-Veloza, 2016) o el manejo del estrés (Carrillo-Toro, 2022), pero no sobre la APM o trastornos psicológicos relacionados (otros trastornos de ansiedad o miedo escénico).

1.2 Justificación

La presente investigación se enfoca en una población en la que convergen dos condiciones que la hacen altamente vulnerable a padecer diferentes trastornos psicológicos: por un lado, se trata de estudiantes universitarios, que, como se indicó en los antecedentes, son propensos a trastornos como estrés en altos niveles, ansiedad y depresión, entre otros; por otro lado, se trata de personas dedicadas profesionalmente a la música, que, como también se indicó en los antecedentes, están sometidas a presiones propias de su labor que pueden generar ansiedad u otros trastornos psicológicos.

Así, los estudiantes universitarios de música son una población en la que se refuerza la vulnerabilidad a trastornos psicológicos por unir ambas características. Como se mencionó en el capítulo anterior, la APM es uno de los trastornos psicológicos más comunes en los estudiantes de música a nivel mundial y esta puntualmente puede generar un nivel de agotamiento tal que lleve a los estudiantes a abandonar su carrera profesional o, en los casos menos extremos, a ver deteriorada la calidad de sus *performances* musicales, lo cual también impacta negativamente su profesión.

Todo esto abre un campo de investigación no solo importante sino, además, necesario, en el que se pongan a prueba diferentes herramientas terapéuticas que puedan aportarle a lo estudiantes de música a trabajar su APM para reducir lo máximo posible sus síntomas y los impactos que esta pueda generar sobre sus vidas profesionales y personales.

Sumándole a esto el hecho de que es escasa la oferta de apoyo terapéutico específico para este trastorno y que la mayoría de las investigaciones y, consecuentemente, las propuestas de tratamiento para este trastorno, se han desarrollado principalmente en población norteamericana, australiana y del Reino Unido, como se mencionó en el capítulo anterior, se evidencia aún más la importancia y la necesidad de investigar la APM en Colombia y buscar herramientas terapéuticas que puedan apoyar a los estudiantes universitarios de música de este país que padecen dicho trastorno, para que puedan mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar no solo en el ámbito profesional sino en el personal también.

En esa medida, este estudio cobra valor por aportarle a la investigación de la APM en Latinoamérica y puntualmente en Colombia y por poner a prueba herramientas terapéuticas que puedan ser de utilidad para los estudiantes universitarios de música que padecen esta condición.

Además, teniendo en cuenta que el K-MPAI ha sido usado con éxito en varias partes del mundo para medir y estudiar la APM y para evaluar la efectividad de diferentes tratamientos sobre los síntomas de este tipo de ansiedad, pero, nuevamente, su uso se ha centrado principalmente en población norteamericana, australiana y del Reino Unido, este trabajo se justifica también en la necesidad de aportarle a la investigación en Latinoamérica y Colombia en torno a la aplicabilidad del K-MPAI en esta región cultural y su efectividad para medir el impacto de posibles tratamientos a través de una herramienta tan específica como este inventario.

Por otro lado, al involucrar la musicoterapia como herramienta terapéutica para la APM, este estudio también fortalece la investigación en torno a la musicoterapia en Latinoamérica y puntalmente en Colombia, y lo hace llevándola a una población en la que es poco común su oferta y demanda, es decir, personas con altos conocimientos en música. Además, también aporta a la aplicación y la investigación de las terapias breves por medio de grupos de encuentro como diseños de tratamiento para trastornos específicos como la APM en poblaciones específicas como los estudiantes de música.

Lo anteriormente mencionado tiene impacto en dos gremios relacionados: por un lado, el de los musicoterapeutas, pues, como se dijo, aporta conocimiento sobre la musicoterapia, no solo a nivel general, sino también en un campo más específico por ser llevada a poblaciones en las que su aplicación y la investigación han sido más escasas. Por otro lado, el gremio de los músicos, pues aporta al conocimiento de esta población; de las situaciones inherentes a su profesión, como esa alta vulnerabilidad a padecer trastornos psicológicos como la APM; de las oportunidades de atención y tratamiento a las que puede acudir; y, además, les muestra la posibilidad de encontrar en ese campo del conocimiento en el que tienen amplia experiencia y habilidad, no solo una profesión, sino también una herramienta terapéutica que pueda aportar a su salud, calidad de vida y bienestar.

Finalmente, es importante mencionar que esta investigación se constituye como pionera en el uso del K-MPAI en Colombia para evaluar los efectos de la musicoterapia sobre la APM en estudiantes de música e, igualmente, en la implementación en el país de una terapia breve en la que la herramienta terapéutica fue la musicoterapia.

1.3 Planteamiento del problema

1.3.1 Pregunta de investigación

¿Cómo puede contribuir la musicoterapia a la reducción de los síntomas de la ansiedad por *performance* musical en estudiantes universitarios de música, en busca de una menor frustración profesional en esta población?

1.3.2 Hipótesis

Los síntomas de la ansiedad por *performance* musical que experimentan los estudiantes universitarios de música pueden reducirse implementando procesos de musicoterapia, contribuyendo así a una menor frustración profesional en esta población.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar cómo la musicoterapia puede favorecer la reducción de síntomas de ansiedad por *performance* musical en una muestra poblacional de estudiantes universitarios de música, contribuyendo así a una menor frustración profesional.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los síntomas asociados a APM que experimentan los participantes de la muestra poblacional del estudio, como base de caracterización de la misma en el marco del tipo de ansiedad a trabajar. Lo anterior, por medio de un inventario psicométrico y una entrevista escrita.
2. Determinar los impactos que puede generar la APM en el desempeño musical y académico de los participantes, como base de caracterización de la muestra poblacional del estudio en el marco del tipo de ansiedad a trabajar. Esto, mediante una entrevista escrita y la implementación de las sesiones de musicoterapia.
3. Diseñar y ejecutar un proceso de musicoterapia mediante la planeación y aplicación de actividades desde los cuatro métodos de la musicoterapia, así como la retroalimentación de las

mismas en tiempo real; como puesta a prueba de esta herramienta terapéutica para el trabajo de los síntomas de este tipo de ansiedad.

4. Analizar los productos musicales y las vivencias de los participantes con los diferentes métodos de la musicoterapia, como prueba de la efectividad de esta herramienta terapéutica para el manejo de los síntomas de APM. Lo anterior, mediante la implementación de instrumentos de evaluación cualitativa.
5. Determinar si hay diferencias en la percepción y manifestación de la APM en la muestra poblacional antes y después del proceso de musicoterapia. Esto, por medio de la aplicación de un inventario psicométrico e instrumentos de evaluación cualitativa, como prueba de la efectividad de la musicoterapia para el manejo de los síntomas de APM.

2. Marco teórico

A lo largo del presente capítulo se profundizará en el sustento teórico de los conceptos en los que se basa esta investigación. Así, se describirá la base teórica que contextualiza y explica la ansiedad por *performance* musical (APM), se profundizará teóricamente en las características de la población de interés, se presentará la teoría que sustenta la herramienta terapéutica utilizada, se expondrá la base teórica de algunos enfoques terapéuticos que se usaron como soporte para nutrir el proceso de musicoterapia realizado y se describirá el marco ético que cobija este estudio de acuerdo con la Asociación Americana de Musicoterapia.

Sin embargo, antes de pasar a dicha contextualización teórica, se considera relevante argumentar el uso de la voz inglesa "*performance*" durante esta investigación y a lo largo de este documento, en vez de cualquiera de sus traducciones al español, pues no fue en vano. Se mantuvo la palabra *performance* no traducida por considerar que las traducciones disponibles no cubren la amplitud del significado de la palabra en inglés para el contexto musical. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Real Academia de la Lengua Española y la Asociación de Academias de la Lengua Española aceptan la palabra como una voz inglesa que se usa con frecuencia en el español, especialmente en los países de América del Sur (Diccionario Panhispánico de Dudas [DPD], 2023).

Performance es traducido comúnmente al español como "rendimiento", "desempeño", "interpretación", "actuación" y "presentación", entre otras opciones (Linguee Dictionary, 2024); sin embargo, más que rendimiento, desempeño, interpretación, actuación o presentación, la palabra *performance* en un contexto musical significa de manera integral la ejecución, interpretación, exposición y transmisión de ideas musicales por parte de un intérprete musical hacia un oyente (Thomas et al., 2023). Por lo anterior, se evitó la traducción de esta voz inglesa para no incurrir en sesgos de su significado.

2.1 Ansiedad por *performance* musical

La ansiedad es definida por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América (APA, por sus siglas en inglés) como el efecto de la anticipación por parte de una persona a amenazas futuras, asociándose comúnmente con tensión muscular y vigilancia (*American Psychiatric Association* [APA], 2013) y, aunque es una emoción natural que es necesaria para la supervivencia, se vuelve patológica cuando su nivel elevado perjudica el funcionamiento normal del individuo que la padece y por lo tanto le genera sufrimiento (Barlow, 2002).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) en su quinta edición, los trastornos de ansiedad difieren entre ellos por el tipo de situación u objeto que los detonan y la respuesta cognitiva que desencadena la persona que los padece (APA, 2013).

Dentro de estos, el DSM define la ansiedad por *performance* como el temor intenso a hablar o realizar un *performance* en público y aclara que generalmente afecta el aspecto profesional de los individuos que lo padecen, que suelen ser músicos, bailarines, atletas, actores o personas con cargos que requieren hablar en público. Adicionalmente, resalta que las personas que padecen trastorno de ansiedad por *performance* no temen o evitan situaciones sociales no performáticas (APA, 2013).

En el mismo contexto, la psicóloga australiana Dianna Kenny elaboró una teoría psicológica en torno al concepto específico de APM y lo definió como la vivencia de un temor marcado y persistente debida a la ejecución de una presentación musical, mencionando que puede surgir a partir de precedentes biológicos y psicológicos, así como por experiencias previas que condicionen a la persona a la ansiedad (Kenny, 2009a).

Steptoe (2001), citado por Kenny (2011), sugiere que la APM puede explicarse desde los siguientes cuatro componentes y señala que los síntomas pueden aparecer gradualmente desde días o semanas antes de una presentación:

- un componente afectivo o emocional, por el cual se generan sensaciones de ansiedad, tensión, impotencia, pánico, etc.;
- un componente cognitivo, por el cual se pierde la concentración, se ve afectada la memoria y hasta la lectura de documentos de notación musical;

- un componente comportamental, por el cual falla la técnica al tocar, se producen malas posturas y temblores; y
- un componente fisiológico y hormonal, por el cual se altera la respiración, la salivación, el ritmo cardíaco y la función gastrointestinal, entre otras consecuencias.

A esto, Kenny (2009a) agrega que la APM puede darse en diferentes escenarios performáticos, pero con mayor severidad en aquellos que involucran altos niveles de exposición del ego, mayor posibilidad de ser evaluado (por ejemplo, estar frente a una audiencia) y miedo al fracaso (por ejemplo, en audiciones). Igualmente, indica que afecta a los músicos durante toda su vida, suele ser independiente de los años de práctica y el talento de la persona y puede o no tener un impacto negativo sobre el desempeño musical.

Autores como Abbott y Rapee (2004), Powell (2004) y Stoeber y Eismann (2007), citados por Kenny (2011), resaltan diferencias importantes entre la APM y otro trastorno de ansiedad específico que es la ansiedad social, tales como el hecho de que las personas con APM tienden a tener mayores expectativas de sí mismas que las personas con ansiedad social, mayor rumiación posterior al evento detonante de la ansiedad y mayor miedo de su escrutinio propio sobre el desempeño que hayan tenido. Además, Kenny (2011), menciona que el detonante de la APM es demandante a nivel físico y cognitivo.

Además de Kenny, otros autores han estudiado la ansiedad por *performance* en contextos musicales; investigaciones como las de Taborsky (2007) describen la APM como la ansiedad generada por presentaciones musicales individuales o en grupo en la interpretación de cualquier instrumento, y otras investigaciones indican que puede alcanzar niveles de terror similares al pánico (Papageorgi et al., 2007).

Es importante resaltar que la APM no se considera como un evento aislado sino como un proceso que ocurre antes, durante y después de una presentación musical e, igualmente, no es un suceso estático, sino que se nutre por factores previos a la presentación musical y por características individuales de quien la padece (Papageorgi et al., 2007).

Algunas investigaciones se han enfocado en indagar acerca de un concepto relacionado que es el “pánico escénico” o “miedo escénico” y sus efectos en los músicos que lo padecen. Estas describen el miedo escénico como la respuesta física y psicológica de las personas ante pensamientos

anticipatorios negativos sobre la forma en que estas enfrentan su valoración por parte de otras personas y afirman que se fundamenta en que uno de nuestros mayores miedos como seres humanos es el miedo a nuestros semejantes (Legeron y Andre, 1997, citados por Agirre-Maiora et al. (2015).

Autores como Beltrán-Zaldumbide y Borja-Narváez (2022), afirman que el miedo escénico puede desencadenar en trastornos de ansiedad si no se trata a tiempo, lo cual coincide con la perspectiva de la APM como un proceso continuo que ocurre antes, durante y después de una presentación musical y del que hace parte el miedo escénico (Papageorgi et al., 2007).

Por su parte, Buscadores Flamencos (2022) afirma que el miedo escénico es una manifestación de una necesidad constante de aprobación en las personas que lo padecen y, aunque en el caso de los músicos se da generalmente ante eventos como presentaciones musicales, su causa raíz no es dicho evento sino la necesidad de recibir aprobación por parte de otras personas, sea cual sea el contexto. Es decir, el autor afirma que el miedo escénico no es un problema de la interpretación musical en sí por parte de la persona, sino que se constituye como una señal de un problema personal no resuelto; sin embargo, afirma que el miedo escénico es aprendido, lo cual indica que así mismo puede desaprenderse.

Lo anterior es respaldado por estudios como los de Fehm y Schmidt (2006) y Ryan y Andrews (2009) en los que se afirma que no hay estimaciones de APM en niños pequeños. Igualmente, la investigación de Kenny y Osborne (2006) concluye que en raras ocasiones los niños muy pequeños experimentan APM y, por el contrario, disfrutan presentarse y no están preocupados por cometer posibles fallas. Esto muestra que las personas padecen de APM desde siempre, sino que desarrollan este trastorno.

En esta línea, Urruzola y Bernaras (2020) concluyen que la edad entre 8 y 12 años es un momento vulnerable en los niños para la aparición de trastornos de ansiedad y la pérdida de autoconfianza por experiencias negativas sobre su *performance*, lo cual, señalan, debe ser tenido en cuenta en los procesos de enseñanza de la música.

A este respecto, Kenny y Osborne (2006) indican que, en la transición de la niñez a la adultez, algunos factores que influyen en la posible aparición de APM son el temperamento innato, los rasgos de ansiedad, el aumento en la capacidad cognitiva, la función autorreflexiva y la consecuente

capacidad de pensar con perspectiva, la crianza familiar, las experiencias interpersonales, la percepción e interpretación del mundo circundante, las habilidades técnicas y las experiencias específicas de *performances* previos que pueden tener resultados positivos o negativos.

Así, la APM se construye sobre una base multidimensional y multicausal (Kenny, 2011), cuya estructura compleja es consistente con la teoría de la ansiedad basada en las emociones de Barlow, también conocida como la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow, pues, como se describió previamente, se genera a partir de factores biológicos, factores psicológicos de formación temprana y factores psicológicos desencadenados por el *performance* musical que detona los síntomas de esta ansiedad (Kenny, 2009a).

A continuación, se profundizará en la teoría de la ansiedad basada en las emociones de Barlow en la cual se sustenta el concepto de APM que siguió esta investigación y, posteriormente, se profundizará en el inventario de ansiedad por *performance* musical de Kenny (K-MPAI), el instrumento de medición de la APM creado también con base en esta construcción teórica e implementado en el presente estudio.

2.1.1 Teoría de la ansiedad basada en las emociones, de Barlow

La teoría de la ansiedad basada en las emociones, o teoría de la triple vulnerabilidad, propuesta por Barlow (2002), es basada en evidencia e indica que el desarrollo de trastornos de ansiedad o desórdenes emocionales relacionados con ansiedad se debe a la interacción de tres tipos de vulnerabilidades: la vulnerabilidad biológica, que es hereditaria, la vulnerabilidad psicológica generalizada y la vulnerabilidad psicológica específica (Suárez et al., 2009).

La vulnerabilidad biológica se sustenta desde el temperamento y los rasgos individuales. Desde los rasgos individuales, la ansiedad se genera por la interacción entre características individuales desfavorables de la excitación cortical del cerebro, como la sobreexcitación o la insuficiencia de excitación cortical, que generan emociones displacenteras, y las reacciones del sistema nervioso autónomo, encargado de controlar las acciones involuntarias en las personas y su cuerpo (Suárez et al., 2009).

Desde el temperamento, las investigaciones soportan la idea de que en este influye la herencia genética y que hay personas más predispuestas a ser reactivas biológicamente a estresores

ambientales que generan nervios; sin embargo, también se sabe que el temperamento es maleable, es decir, que puede verse afectado por condiciones ambientales y no es simplemente prestablecido (Suárez et al., 2009).

Por su parte, la vulnerabilidad psicológica generalizada se asocia a una disminución en la sensación de control proveniente de experiencias tempranas del desarrollo, por la cual las personas perciben sus fallas o deficiencias como indicadores de inhabilidad para enfrentar eventos desafiantes impredecibles e incontrolables, llevándolas a generar respuestas emocionales desequilibradas. Las investigaciones apuntan a que un ambiente familiar con excesivo control parental limita el control personal de los niños, lo que a futuro opera como un amplificador de los eventos mencionados (Suárez et al., 2009).

Suárez et al. (2009) mencionan que la coocurrencia de la vulnerabilidad biológica y la vulnerabilidad psicológica generalizada es suficiente para generar ansiedad; sin embargo, la unión de la tercera vulnerabilidad, es decir, la vulnerabilidad psicológica específica, es responsable de generar algunos desórdenes de ansiedad más específicos que se enfocan en factores puntuales que se perciben como peligrosos; por ejemplo, el pánico, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros.

La vulnerabilidad psicológica específica se desarrolla como aprendizaje a partir de experiencias displacenteras. Esto puede ocurrir tras la vivencia de una situación real de peligro o dolor, la vivencia de una falsa alarma de peligro en una situación específica o el condicionamiento vicario, es decir, la vivencia externa de situaciones de peligro o dolor o el recibimiento de advertencias sobre el peligro o dolor potencial que puedan causar algunas situaciones (Suárez et al., 2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto acerca de la estructura compleja, multidimensional y multicausal de la APM, explicada previamente desde diferentes perspectivas, se resalta que su manejo y tratamiento requiere que se tengan en cuenta los múltiples factores de su etiología y persistencia, de modo que su enfoque no se limite a lo que concierne únicamente al *performance* musical como tal (Kenny, 2009a).

Además, como lo señala Da Cunha (2013), la selección de estrategias para tratar la APM debe ir enfocada a los síntomas que experimente la persona o el grupo de personas que se van a tratar, siendo más efectiva, generalmente, la implementación de más de una estrategia para cada síntoma.

2.1.2 Inventario de ansiedad por *performance* musical de Kenny

Como se mencionó anteriormente, el inventario de ansiedad por performance musical de Kenny (K-MPAI) fue el instrumento construido por Kenny (2009) para medir la APM y su creación se basó en el constructo previamente expuesto acerca de esta ansiedad y su respectivo soporte en la teoría de la ansiedad basada en las emociones de Barlow. Como se indicó en los antecedentes, este inventario ha sido traducido a diferentes idiomas y ha sido ampliamente aplicado a nivel mundial para el estudio de la APM y sus posibles tratamientos.

Idealmente, sería deseable que cualquier prueba psicométrica que se aplique en una investigación esté validada para el país en el que se realice la misma, de modo que acoja específicamente el contexto sociocultural local. Es más, en línea con lo anterior y reconociendo que la diversidad sociocultural no necesariamente responde a fronteras geopolíticas, sino que puede variar de manera regional dentro de estas o incluso transgrediéndolas, sería aún más deseable validar las pruebas psicométricas teniendo en cuenta las regiones socioculturales donde vayan a aplicarse, más que las fronteras geopolíticas en las que se enmarquen dichas regiones.

Partiendo de lo anterior, sería ideal contar con la validación para Colombia del inventario K-MPAI, sin embargo, esta aún no existe para el país. Pero no por esto debe descartarse la implementación de este instrumento de medida, ya que es el primero que se enfoca específicamente en la APM, es decir, permite producir conclusiones directas sobre este tipo de ansiedad y, por lo tanto, elimina la necesidad de generar suposiciones o inferencias aplicando otros instrumentos no específicos.

Además, el inventario original está diseñado de manera amplia, de modo que lo resultados pueden interpretarse como porcentajes, y no está delimitado a los valores generados por la muestra poblacional con la que se creó, lo cual le da mayor versatilidad para ser aplicado en diferentes poblaciones.

Por otro lado, cabe resaltar que este inventario ya ha sido aplicado previamente en Colombia, en estudios como el de Martínez-Pineda (2017) y, de acuerdo con Kenny (2023), hasta 2023 ya había sido traducido a 22 idiomas y aplicado en más de 400 investigaciones en diferentes partes del mundo. Varios de estos estudios mostraron validez convergente con otras escalas de depresión y ansiedad, aplicadas en poblaciones generales (Kenny, 2023), lo cual da robustez al uso del K-MPAI y los resultados obtenidos en diferentes investigaciones.

Lo anterior se usó como sustento para la implementación en este estudio de la versión adaptada al español latinoamericano (Chang-Arana, 2015) del K-MPAI publicado por Kenny en 2009 (Kenny, 2009b). Este inventario multifactorial consta de 40 ítems y se apoya en la teoría de la ansiedad basada en las emociones de Barlow (antes descrita), abordando cada uno de los constructos teóricos que, según el autor, originan desórdenes como este (Kenny y Osborne, 2006).

El K-MPAI (Kenny, 2016) aborda estos constructos mediante los siguientes ocho factores, apuntando a la identificación de los tres tipos de vulnerabilidades, según la teoría de Barlow, de la siguiente manera (Kenny, 2023):

- Vulnerabilidad biológica generalizada:
  - Factor 4, empatía parental;
  - Factor 6, transmisión generacional de ansiedad; y
  - Factor 8, vulnerabilidad biológica.
- Vulnerabilidad psicológica generalizada:
  - Factor 3, depresión o desesperanza (vulnerabilidad psicológica); y
  - Factor 7, aprensión ansiosa.
- Vulnerabilidad psicológica específica:
  - Factor 1, ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance*;
  - Factor 2, cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros;
  - Factor 5, memoria.

Cada uno de los ocho factores del K-MPAI está conformado por una cantidad variable de ítems y cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de siete puntos (Kenny, 2023). Adicionalmente, como se mencionó anteriormente, el inventario y sus factores se interpretan como porcentajes en los que valores más altos indican mayores niveles de ansiedad por *performance* musical (Kenny, 2023).

Por otro lado, es importante resaltar que el K-MPAI es sensible a intervenciones, de modo que puede usarse en comparaciones pre y post para determinar los efectos de tratamientos (D. Kenny, comunicación personal, 03 de septiembre de 2023); igualmente, la autora afirma que el inventario puede usarse de manera libre por pertenecer a una investigación de acceso abierto no patentada (D. Kenny, comunicación personal, 13 de febrero de 2024).

A continuación, se profundizará en los tres factores del K-MPAI que se identificaron como variables específicas para el análisis de la APM (ver Capítulo 4.2.2 para conocer el detalle de esta selección).

Ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance*

(Factor 1 del K-MPAI; indicador de vulnerabilidad psicológica específica)

Desde el aspecto biológico, la ansiedad está asociada a un aumento en la actividad neuroendocrina en la cual se liberan glucocorticoides y neuropéptidos (Kenny, 2011) que llevan a una excitación fisiológica del sistema nervioso autónomo, haciendo que la persona quede en estado de hipervigilancia para poder enfrentar las que percibe como amenazas (Barlow, 2002).

La excitación fisiológica *per se* no siempre es desfavorable, se vuelve desfavorable cuando sus síntomas son percibidos como negativos o cuando ocurre ante amenazas percibidas (Kenny, 2011), pues pone al cuerpo en un estado de alerta que lo desgasta de manera innecesaria. En estos casos, la excitación fisiológica se convierte en ansiedad somática y se denomina proximal cuando se activa ante eventos de ocurrencia cercana en el tiempo, que en el caso de la APM son los *performances* que realizan los músicos (Kenny, 2011).

Al ser el sistema nervioso autónomo aquel que controla todas las acciones y reacciones involuntarias del cuerpo humano, su excitación ante lo que la persona percibe como una posible amenaza pone al cuerpo en estado de alerta, para lo cual aumenta la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea y aumenta la irrigación sanguínea a los músculos, produciendo lo que las personas identifican como síntomas físicos de la ansiedad que, de acuerdo con Kenny (2011), en muchos casos generan la sensación de no ser controlables.

Por otro parte, la preocupación se define como la anticipación de posibles amenazas y la preparación para lidiar con ellas y evitar sus efectos negativos, lo cual ocurre a través de diálogos internos y no a través de imaginería, la cual está más asociada a componentes emocionales de la ansiedad. En el contexto de la APM, la preocupación por el *performance* se entiende como el temor de los músicos a equivocarse durante el mismo, deteriorando su calidad, y puede estar asociado, entre otras razones, a la falta de control mencionada como efecto de los síntomas de la ansiedad somática (Kenny, 2011).

Cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros

(Factor 2 del K-MPAI; indicador de vulnerabilidad psicológica específica)

Los procesos cognitivos son parte de los factores que influyen sobre las emociones, determinan el comportamiento y el aprendizaje y contribuyen a la aparición y la perdurabilidad de los desórdenes de ansiedad; y, de manera recíproca, la ansiedad hace que las personas se vuelvan rígidas en su forma de pensar y se cierren a sus propias perspectivas y cogniciones. Debido a esto, muchos de los estudios en torno al manejo de la ansiedad se han enfocado en el rol de las cogniciones, y muchos enfoques y técnicas psicológicas se centran también en trabajar las cogniciones para controlar la ansiedad (Kenny, 2011).

En el caso de la APM, diferentes estudios han encontrado que los músicos que la padecen, siendo adolescentes o adultos, presentan cogniciones inapropiadas (Kenny y Osborne, 2006; Papageorgi et al., 2007), que pueden ser sobre sí mismos o sobre el escrutinio por parte de otros. En el primer caso, las cogniciones negativas en estos músicos se manifiestan, entre otras formas, a través de su necesidad exagerada de perfeccionismo, la cual los hace pensar que cometer un error es una catástrofe y los convierte en un fraude, generándoles la sensación de ser insuficientes, o incluso sentir que son una vergüenza (Kenny, 2011).

El segundo caso está relacionado con lo expuesto por Buscadores Flamencos (2022), acerca de que los músicos con miedo escénico tocan “para agradar al otro”, más que para atender el placer que los lleva a dedicarse a la música y por esto desvían su atención durante una presentación hacia la necesidad de tocar con perfección, en vez de dirigirla a expresar emocionalmente lo que los conecta con la música. Esto ocurre, debido a que su autoestima está basada principalmente en las afirmaciones de otros, como resultado de una carencia en la capacidad de auto afirmarse (Kenny, 2011).

Aprensión ansiosa

(Factor 7 del K-MPAI; indicador de vulnerabilidad psicológica generalizada)

La aprensión ansiosa es un proceso emocional y cognitivo y se define como un estado de ánimo enfocado en el futuro y basado en un sentimiento de impotencia y una alteración en el enfoque propio, de modo que predomina la carencia de afecto propio y las cogniciones negativas sobre las habilidades de afrontamiento propias (Kenny, 2011). La aprensión ansiosa, además, intensifica las

sensaciones físicas de la ansiedad y puede detonar pensamientos catastróficos (Woody y Nosen, 2008).

En el caso de la APM, esto puede conllevar a un deterioro en la ejecución musical y ello, a su vez, reforzar la aprensión ansiosa en ocasiones futuras; pero, incluso si la ejecución musical no se ve afectada, la simple experiencia de aprensión ansiosa del músico ante un *performance* musical hace que enfoque sus futuras presentaciones como eventos aversivos y esto refuerza su aprensión ansiosa (Kenny, 2011).

2.2 Estudiantes universitarios de música

Hasta el momento, se profundizó en las corrientes teóricas a partir de las cuales se explica la variable de estudio, es decir, la APM, como trastorno psicológico a impactar a través de la musicoterapia; a continuación, se ofrecerá un contexto teórico sobre la población de interés, que permita entender la situación de los participantes del estudio desde perspectivas como la psicología del desarrollo para su etapa y las características inherentes a su elección profesional.

Los estudiantes universitarios de programas de pregrado son personas que generalmente se encuentran iniciando o transitando la etapa de adultez temprana o emergente, entendida esta como el momento en que los seres humanos pasan a ser adultos y entendiendo la adultez como la etapa en que las personas han descubierto su identidad, han desarrollado un sistema de valores, son capaces de establecer relaciones y pueden tomar decisiones independientes y asumir responsabilidades propias, tales como elegir una carrera profesional (Papalia et al., 2012).

Aunque, como lo mencionan Papalia et al. (2012), las edades en que se logran estas metas son diferentes según la época histórica y el contexto nacional, cultural y socioeconómico de cada persona, se considera que la adultez emergente transcurre entre alrededor de los 18 años y alrededor de los 29 y es una etapa en la que las personas dejan de ser adolescentes y pasan a una fase de exploración del mundo, de reconocimiento de posibilidades y oportunidades y de prueba de nuevas formas de vida, en la que aún no consolidan sus roles de adulto (Arnett, 2000) y en la que es posible que experimenten niveles de incertidumbre y confusión que bien pueden ser manejables o angustiantes (Arnett, 2007).

No en vano, Fajardo-Calvache y Rodríguez-Caicedo (2013) y Rodríguez-Ayan y Sotelo (2014) afirman que los estudiantes universitarios, quienes, como ya se mencionó, transitan la adultez temprana y todo lo que esta conlleva, están sometidos a situaciones sociales, económicas, académicas e institucionales que pueden generar estrés, depresión o diferentes trastornos de ansiedad.

Por otro lado, durante esta etapa del desarrollo se establecen los cimientos del funcionamiento físico de por vida y es claro que los aspectos cognoscitivos y emocionales de las personas están íntimamente ligados a su salud física y que todos se retroalimentan entre sí. Por esto, el hecho de que la adultez emergente sea un periodo con riesgo de incertidumbre, confusión, estrés, depresión o trastornos de ansiedad, entre otros, puede amenazar también la salud física y, en consecuencia, esta deteriorar en retorno la salud mental y emocional, reforzando el riesgo de padecer las condiciones antes mencionadas (Papalia et al., 2012).

Otra característica importante durante la etapa de adultez emergente, especialmente para los estudiantes universitarios, es la fragilidad del sueño; en esta etapa, debido a la alta actividad que la caracteriza, es muy frecuente que se presenten altos niveles de insomnio (Bernert et al., 2007, citados por Papalia et al., 2012) y en este aspecto es importante resaltar que “la privación de sueño no sólo afecta la salud, sino también el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social” (Papalia et al., 2012, p. 425).

Como se observa, la adultez temprana, en la que se enmarcan los estudiantes universitarios, es una etapa de mucha fragilidad y vulnerabilidad ante condiciones desfavorables. En el caso de esta investigación, a las características antes mencionadas se le suma la condición de que la población de estudio está constituida por músicos, quienes, como se mencionó anteriormente, suelen ser considerados como personas con alta vulnerabilidad a padecer diferentes psicopatologías (Barbar et al., 2014; Kenny et al., 2014), incluyendo ansiedad por *performance* (Agirre-Maiora et al., 2015) y, más específicamente APM, debido a su profesión (Kenny, 2011).

Además, como lo afirma Nagel (2010), a diferencia de otras carreras profesionales, el estudio de la música a nivel profesional involucra características íntimamente relacionadas con el desarrollo personal y psicológico de los estudiantes de esta carrera, pues la mayoría de ellos han iniciado su formación desde la niñez, ya con enfoque profesional. Partiendo de esto, puede decirse que, en el

caso de los músicos, su formación profesional se extiende a una etapa de la vida anterior a la adultez emergente y, por ende, “coincide con el desarrollo de la personalidad y ajuste social” (Chang-Arana, 2015, p. 29).

Dicha coincidencia implica que los resultados del aspecto profesional pueden impactar en mayor medida el desarrollo de la personalidad en estas personas, haciéndolos más vulnerables ante posibles valoraciones negativas que puedan recibir como parte de su desarrollo profesional (lo cual ocurre en todas las profesiones, pero en otra etapa de la vida) y, por lo tanto, corriendo el riesgo de que estas pueden tener impactos negativos sobre su autoestima y autoconcepto (Nagel, 2010).

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta el momento sobre la etapa de la vida que enmarca a los estudiantes universitarios y las condiciones especiales en el caso de los estudiantes de música con respecto a la etapa de la vida en la que se encuentran, se evidencia la importancia de generar y promover estrategias de prevención y atención para cualquiera de los posibles trastornos que puede llegar a padecer esta población.

En el caso puntual de los estudiantes de música, resalta la necesidad de que existan programas de atención ante la APM, para evitar que, como lo han señalado algunos autores, esta conlleve a la disminución de la calidad del desempeño en una presentación musical (Ryan y Andrews, 2009), más trastornos psicológicos, el deterioro de la salud física, el abandono de la carrera profesional (Conti, 2018; Kenny, 2011; Ryan y Andrews, 2009) o la disminución en la calidad de vida (Kenny, 2011; Ryan y Andrews, 2009; Yondem, 2007).

Además, como lo indica Chang-Arana (2015, p. 33), “estudios anteriores demuestran que los altos grados de ansiedad afectan gravemente en la capacidad de aprendizaje del alumno”, por lo que atender los trastornos de ansiedad a tiempo repercutirá también en una mejor capacidad de aprendizaje de los estudiantes y esto en un mejor desarrollo profesional.

Con relación a esto, el presente estudio se enfocó en estudiar la musicoterapia como posible herramienta de atención a la APM en estudiantes de música, por lo que, a continuación, se profundizará en las bases teóricas de esta, como herramienta terapéutica, y más adelante se expondrá un contexto teórico sobre otros enfoques terapéuticos que se usaron para nutrir el proceso de musicoterapia implementado como parte de este estudio.

2.3 Musicoterapia

Integrando la definición de varios autores y asociaciones de musicoterapia a nivel mundial, en esta investigación se aborda la musicoterapia como un proceso interpersonal entre uno o varios musicoterapeutas y uno o varios usuarios o participantes, en el que los musicoterapeutas usan la música de manera planificada como herramienta terapéutica experiencial para mejorar, mantener o restablecer la salud de los participantes (Bruscia, 2007), entendiendo la última como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Desde sus comienzos y hasta ahora, la musicoterapia se ha expandido como profesión, ha llegado a más países y han surgido diferentes modelos y abordajes de aplicación, diferentes perspectivas e, incluso, diferentes líneas de profundización, como la musicoterapia comunitaria, cuyo concepto empezó a consolidarse a principios del siglo XXI a partir de ciertas diferencias prácticas y de enfoque con respecto a la musicoterapia clásica (Ansdell, 2002; Stige, 2002) o musicoterapia clínica.

Teniendo en cuenta que a través del proceso de musicoterapia que se implementó como parte de esta investigación se buscó ofrecer una herramienta terapéutica para atender una condición psicopatológica que puede afectar a una población determinada, el presente trabajo se enmarca en las bases de la musicoterapia clásica o clínica, cuya definición se incluyó previamente en este capítulo.

La musicoterapia, independientemente de la línea de profundización, el modelo, el abordaje o la perspectiva de tratamiento por la que se rija, se desarrolla con base en los cuatro tipos de experiencias musicales que existen: la escucha, la improvisación, la composición y la re-creación. Según el objetivo terapéutico para el que se use, la musicoterapia puede ejecutarse a través de cuatro métodos con base en las experiencias musicales mencionadas; estos son: el método receptivo, el método de improvisación, el método de composición y el método de re-creación (Bruscia, 2007).

De acuerdo con Bruscia (2007), el método receptivo es aquel en que los participantes escuchan la música y generan respuestas verbales, gestuales, corporales, silenciosas o de otro tipo, dependiendo del propósito terapéutico de la experiencia. En este caso, la música puede provenir de una improvisación o re-creación en vivo por parte del musicoterapeuta o puede ser música pregrabada

de cualquier tipo, y la experiencia puede enfocarse en trabajar aspectos físicos, emocionales, intelectuales, estéticos, espirituales u otros de la música, también según el propósito terapéutico. Los principales objetivos clínicos de este método se detallan en el Anexo A.

El método de improvisación consiste en la creación musical espontánea y en tiempo real por parte de los participantes, mediante el uso de la voz, el cuerpo, instrumentos musicales u otras herramientas disponibles, con o sin la participación musical del musicoterapeuta, quien puede o no guiar a los participantes durante su ejecución (Bruscia, 2007). “La improvisación musical terapéutica es tal vez el recurso o modo de acción más utilizado en la musicoterapia” (Schapira, 2007, p. 115). Los principales objetivos clínicos de este método se detallan en el Anexo A.

Es importante resaltar que, “además de los objetivos que persigue, una improvisación musical terapéutica alcanza su dimensión terapéutica en el análisis e interpretación de la misma” (Schapira, 2007, p. 119), pues desde allí puede contribuir a comprender mejor a los participantes o a entender mejor el rol de la improvisación como método de la musicoterapia. Además, como parte de la primera función, el análisis de las improvisaciones puede, no solo soportar el entendimiento de los participantes y sus necesidades terapéuticas, sino también evaluar su progreso y la efectividad de la terapia (Bruscia, 2007).

Por su parte, el método de composición consiste en que los participantes crean algún tipo de producto musical, bien sea una canción, una letra o una pieza instrumental y pueden tocarlo en vivo o exponerlo mediante grabaciones de audio. De ser necesario, el musicoterapeuta puede apoyar o guiar a los participantes en el proceso de composición (Bruscia, 2007). Los principales objetivos clínicos de este método se detallan en el Anexo A.

Finalmente, el método de re-creación es aquel en el que los participantes ejecutan música vocal o instrumental ya existente, o donde se reproduce música existente a manera de modelo o ejemplo. Este método se usa principalmente para promover la construcción de estructuras para el desarrollo de habilidades o comportamientos, estimular la comprensión hacia otros y la adaptación a sus ideas y sentimientos, o para fomentar el trabajo conjunto enfocado en metas comunes (Bruscia, 2007). Los principales objetivos clínicos de este método se detallan en el Anexo A.

Con base en uno o más de los métodos mencionados, históricamente se han creado diferentes modelos y abordajes de la musicoterapia, que difieren entre sí según las poblaciones en las que se

enfocan o los objetivos terapéuticos que plantean, entre otros aspectos. Uno de ellos es el abordaje plurimodal, planteado por Schapira y otros musicoterapeutas en Argentina en el año 2007.

El abordaje plurimodal de la musicoterapia se estructura a través de cuatro ejes principales; entre ellos, el trabajo con canciones y el uso selectivo de la música editada. Por su parte, el trabajo con canciones se sustenta en el reconocimiento de que "prácticamente todas las culturas las han creado y las transmiten de generación en generación. Cuentan historias, recrean sentimientos, describen situaciones. Participan de nuestra vida cotidiana y se entrometen en la memoria personal" (Schapira, 2007, p. 151).

Así, el uso terapéutico del trabajo con canciones parte de que

> cuando cantamos, la música nos otorga una vía regia para poder decirnos algo a nosotros mismos. Esto, en musicoterapia, le es de suma utilidad al paciente para poder darle forma a sus pensamientos, sentimientos o emociones y también para poder atisbar sentimientos, emociones e ideas que no pueden asomarse a la conciencia por el sendero de la palabra hablada (Schapira, 2007, p. 152).

Por otro lado, el uso selectivo de la música editada busca darle estructura a la selección de música editada que se implemente como parte de los procesos de musicoterapia, de modo que se evite el uso de música de manera aleatoria o guiado por las preferencias del musicoterapeuta (Hugo et al., 2007).

Así, Hugo et al. (2007) resaltan la importancia de que la selección de la música editada a utilizar se base en la subjetividad de los participantes, sus modos expresivos receptivos y las características específicas de la música, de acuerdo con sus elementos musicales. Además, los autores señalan la necesidad de tener en cuenta las representaciones sociales musicales propias de los participantes para la selección de música editada, de modo que esta pueda brindar información y guiar el proceso de musicoterapia correspondiente de manera específica para los mismos.

Como se mencionó anteriormente, la musicoterapia, como herramienta terapéutica implementada en este estudio, se nutrió con ideas y herramientas de otros enfoques terapéuticos para potenciar su alcance, por lo que, a continuación, se expone el contexto teórico de esos otros enfoques para dar sustento a su conexión con el proceso de musicoterapia implementado y dar a entender su relevancia.

2.4 Enfoques terapéuticos de soporte

2.4.1 Fundamentos teóricos desde la psicología

Aunque centrada en la musicoterapia, esta investigación, así como cualquiera que implemente dicha herramienta terapéutica, se guio por conceptos y herramientas importantes de terapias psicológicas como la cognitivo conductual, la cognitiva, la logoterapia y la psicología positiva, principalmente.

Desde la terapia cognitivo conductual, cabe resaltar que se fundamenta en acompañar a las personas a descubrir y analizar sus pensamientos, reacciones emocionales y comportamientos y, más que buscar eliminar por completo los síntomas desfavorables por los que acudan las personas, se enfoca en empoderarlas para ser capaces de trabajarlos autónomamente durante y después del proceso terapéutico. Es de resaltar que, en muchas ocasiones, la terapia cognitivo conductual se da mediante procesos breves de entre 10 y 12 sesiones (Miller et al., 2012).

Desde la terapia cognitiva, es valioso resaltar la importancia terapéutica que se le da a las imágenes mentales, las cuales se consideran fundamentales como vía de experimentación del mundo y se definen como una representación sensorial simple o compleja que involucra algunos o todos los sentidos y que, aunque puede darse como resultado de estímulos externos, también puede ocurrir en ausencia de ellos (Stopa, 2021).

Según Stopa (2021), la percepción del mundo externo y la imaginería interna se fundamentan en el mismo procesamiento cerebral, lo cual explica la relevancia de la imaginería, pues los eventos y las imágenes consideradas como negativas pueden activar el mismo circuito neurológico asociado al miedo o al temor y, así mismo, los eventos o las imágenes consideradas como positivas pueden activar los sistemas neurobiológicos opuestos.

Desde la logoterapia, es importante mencionar su fundamento de acompañar a los participantes a reconocer las sensaciones displacenteras como parte de la vida y ser capaces de transformar su actitud frente a ellas para hacerlas más livianas y encontrarles algún sentido (Frankl, 2015).

Finalmente, desde la psicología positiva es valioso resaltar pilares como el de llevar a las personas a recordar los momentos en los que se han sentido bien y las actividades que los llevan a ellos y usarlos

como herramienta para su bienestar, o el de acompañarlas a reconocer recursos y herramientas propias que puedan ayudarles a sentirse bien (Seligman y Csikszentmihalyi, 2014).

2.4.2 Terapia breve a través de grupos de encuentro

De forma complementaria a los conceptos teóricos previamente expuestos sobre los fundamentos de la psicología que contribuyeron a este trabajo, desde una perspectiva más práctica de esta investigación, el tratamiento terapéutico a través de la musicoterapia se estructuró como terapia breve a través de grupos de encuentro, por lo cual, a continuación, se profundizará en la base teórica de este tipo de estructura en los procesos terapéuticos.

La terapia estratégica breve se desarrolló en el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, California, en 1965. Esta se refiere a procesos terapéuticos de tiempo limitado, constituidos por hasta 10 sesiones de tratamiento, que se enfocan en tratar directamente la necesidad específica que manifieste el consultante, en busca de resolverla hasta la satisfacción del mismo (Quick, 2008). Autores como McDermott y Jago (2001) se refieren a la terapia breve como la terapia del cambio.

En el marco de esta terapia, los grupos de encuentro constituyen procesos terapéuticos intensivos, gracias a los que los participantes pueden generar transformaciones personales por medio de la vivencia de experiencias estructuradas; transformaciones que les tomarían mucho más tiempo si los abordaran desde procesos terapéuticos individuales (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024).

Algunos conceptos claves que se aplican en los procesos tipo grupos de encuentro son la universalidad y el fenómeno de espejo. El primero, se refiere la posibilidad de que los participantes se den cuenta de que hay otras personas que están viviendo procesos similares a los suyos y entonces logren poner en perspectiva su situación, tornándola así más manejable. El segundo, se refiere al fenómeno de verse reflejado en otras personas, lo que lleva a los participantes a sentirse identificados con otros y, por lo tanto, a multiplicar su experiencia, cosa que no ocurre en las terapias individuales (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024).

Teniendo en cuenta que las terapias breves buscan resolver necesidades específicas de los consultantes (Quick, 2008) y se asocian al logro de cambios (McDermott y Jago, 2001), es muy

importante implementar estrategias de calibración que permitan reconocer el impacto del proceso para los participantes; sin embargo, es necesario resaltar que los cambios no se dan de manera absoluta, como todo o nada, sino que ocurren de forma gradual (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024).

2.5 Marco ético de acuerdo con la AMTA

Es importante resaltar que, además de basarse en todos los constructos teóricos antes expuestos, el proceso de musicoterapia ejecutado como parte de esta investigación se enmarcó también en el código ético de la Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA, por sus siglas en inglés), honrando los valores fundamentales de amabilidad, responsabilidad social, igualdad, asunción, excelencia, integridad, coraje, dignidad y respeto, y resaltando principios como el enfoque con responsabilidad y desde la compasión, el respeto a los derechos y a la dignidad y la intervención terapéutica con integridad y veracidad (*American Music Therapy Association* [AMTA], 2024).

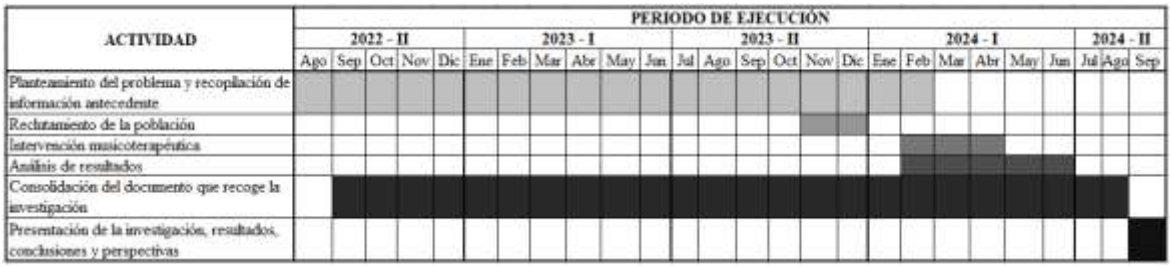
Los principios mencionados, se consideran parte del reconocimiento de los participantes en cualquier intervención terapéutica y, además, en el caso de una terapia para tratar la APM, se consideran fundamentales para el desarrollo adecuado de un proyecto que busca tratar una condición que expone una faceta vulnerable de las personas, sobre todo teniendo en cuenta que la población de estudio se dedica profesionalmente a la música; importantes en cualquier terapia, especialmente aquellas enfocadas en mejorar una condición específica en las personas, más allá de mantener el bienestar solamente.

3. Metodología

3.1 Diseño de investigación

Esta investigación se realizó en cuatro semestres académicos de la institución que la cobija, siendo los primeros tres destinados a la proyección, sustento teórico y diseño general, y el cuarto a la implementación del proceso de musicoterapia propuesto, la consolidación de resultados, el análisis de los mismos y la presentación de la investigación concluida (Fig. 3-1).

Figura 3-1. Cronograma de actividades de la investigación.



La parte práctica de esta investigación se diseñó como una terapia breve a través de grupos de encuentro, es decir que el estudio fue grupal y el tratamiento se proyectó con duración de entre ocho y diez sesiones comprendidas en un periodo académico estándar de las universidades en Bogotá. Esto, en aras de generar el máximo beneficio a partir del proceso de musicoterapia, esperando que los participantes pudieran aplicar las herramientas adquiridas en la fase final del periodo académico.

Como parte de la fase de intervención, se proyectó realizar una sesión por semana y que cada una tuviera una duración aproximada de una hora y media, siempre dando prioridad a las necesidades específicas de los grupos para realizar las actividades respondiendo a los tiempos requeridos por los participantes, más que al horario establecido según el diseño.

Las actividades programadas incluyeron los cuatro métodos de la musicoterapia, siendo predominantes el método receptivo, el de improvisación y el de composición, e implementando en menor medida método de re-creación. Lo anterior, teniendo en cuenta la naturaleza de la población y el tema central a investigar en este estudio; misma razón por la cual este no se limitó a un modelo específico de la musicoterapia.

Como parte del diseño de la investigación, se definió que el proceso de musicoterapia breve tendría 9 sesiones. De estas, se destinaron dos sesiones a la valoración y caracterización del grupo, seis a la implementación de actividades diseñadas para tratar la APM de acuerdo con los hallazgos de las dos primeras sesiones y la aplicación de instrumentos de medición y caracterización de la muestra poblacional, y una sesión al cierre del proceso.

Por otro lado, la metodología de investigación implementada fue de carácter mixto: primó el análisis cuantitativo y se agregó análisis cualitativo para complementar los resultados del primero. El análisis cuantitativo se basó en el K-MPAI y el análisis cualitativo complementario se realizó mediante la aplicación de entrevistas escritas, el registro de las observaciones de la investigadora y el análisis comparativo de los productos musicales obtenidos durante el proceso de musicoterapia implementado.

El componente de investigación cualitativa se basó en un enfoque fenomenológico, que es aquel que explora, describe y comprende las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno, tanto desde la perspectiva del investigador, como desde la perspectiva de las mismas personas que hacen parte del estudio (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014). Para este caso, se entendió como fenómeno de estudio la ansiedad por *performance* musical.

Finalmente, el diseño de esta investigación buscó que los participantes se vincularan al proceso de musicoterapia de manera voluntaria y que sus vivencias, manifestaciones gestuales, verbales y artísticas y sus aportes durante el mismo fueran manejados de manera anónima durante toda la investigación. Para esto, a todos los estudiantes universitarios de música que se registraron para participar en el proceso de musicoterapia se les asignó un pseudónimo, garantizando así la protección de su identidad.

Dichos pseudónimos correspondieron a letras del alfabeto español que se asignaron desde la fase de reclutamiento, alineando el orden alfabético con el orden en que se registraron los participantes. También en aras de mantener oculta cualquier característica distintiva de los participantes, el presente documento no revelará la región de procedencia de los participantes, aunque esta se tuvo en cuenta para el diseño de las sesiones de musicoterapia, y se hará referencia de manera general a los participantes usando declinación masculina para todos. Esta declinación se escogió de manera aleatoria.

3.2 Muestra poblacional

Se registraron 15 estudiantes para el proceso, de modo que los pseudónimos asignados al grupo fueron las letras del alfabeto español de la “A” a la “Ñ”. Sin embargo, la muestra poblacional se consolidó en 14 participantes, luego del retiro voluntario de una persona tras la primera sesión. De estos, 13 eran estudiantes de la UN, inscritos en el énfasis de Música Instrumental, y 1 era de la Academia Superior de Artes de Bogotá (ASAB), Facultad de Artes de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, inscrito en el énfasis de Interpretación Instrumental.

El grupo consolidado se distribuyó entre hombres y mujeres, siendo nueve los primeros y cinco las últimas; todos con edades entre los 20 y los 27 años. Para el semestre académico en que se realizó la intervención de musicoterapia (2024 – I), los participantes cursaban entre segundo y noveno semestre de carrara, a excepción de 1 que cursaba un periodo académico posterior al décimo, y los instrumentos que estaban estudiando como énfasis principal eran arpa clásica (1), canto (2), clarinete (1), contrabajo (1), guitarra (3), piano (4), viola (1) y violín (1).

El consentimiento informado solicitó a los estudiantes informar a la musicoterapeuta acerca de cualquier lesión o dificultad física que padecieran y cualquier diagnóstico clínico que tuvieran de alguna enfermedad o algún trastorno psicológico. Además de un participante que manifestó padecer discopatía lumbar y aclaró que esto no le generaba ninguna restricción para el proceso, ningún otro participante manifestó padecer otro tipo de enfermedades físicas y ninguno manifestó tener algún diagnóstico psicológico o psiquiátrico ni estar en algún tratamiento psicológico, psiquiátrico o similar.

3.3 Criterios de elegibilidad

Tabla 3-1. Criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra poblacional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1. Ser estudiante activo de un programa de pregrado en música. 2. Que el énfasis del pregrado en el que se encuentre inscrito el estudiante sea en interpretación*. 3. Tener la posibilidad y disposición para asistir a las sesiones de musicoterapia a realizarse en las instalaciones de la UN durante el primer semestre académico del año 2024.	1. No aceptar mediante firma el consentimiento informado específico para este estudio. 2. No diligenciar el cuestionario del K-MPAI implementado en el presente estudio al iniciar la intervención con musicoterapia.

* A pesar de que el nombre de los énfasis, o incluso los programas de pregrado, varía entre universidades, los criterios de inclusión y exclusión se refieren a "interpretación" como cualquier énfasis o programa de pregrado en el que el estudiante se perfile como intérprete de un instrumento musical, incluyendo la voz.

3.4 Variables de estudio

Esta investigación se enfocó en analizar como variable principal la APM y, para el caso, la evaluó en estudiantes universitarios de música. Adicionalmente, se determinaron tres variables específicas como guía para el diseño del proceso de musicoterapia y ejes de análisis, tomadas a partir de la aplicación del K-MPAI antes de iniciar el proceso, según los valores obtenidos para los ocho factores del inventario. Así, las variables de estudio fueron:

Variable principal: Ansiedad por performance musical

Variables específicas:

- Factor 1 del K-MPAI: Ansiedad somática proximal y preocupación por el performance.
- Factor 2 del K-MPAI: Cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio por parte de otros.
- Factor 7 del K-MPAI: Aprensión ansiosa.

3.5 Instrumentos de registro y medición

3.5.1 Instrumentos de registro

- Planeaciones: cada sesión fue planeada de acuerdo con el proceso diseñado y las observaciones de las sesiones anteriores. La planeación de cada sesión fue consignada por escrito en el documento correspondiente, creado por la investigadora para este proceso específicamente.

- Video: todas las sesiones fueron registradas audiovisualmente con previo consentimiento de los participantes, con el fin de disponer del material audiovisual para el análisis de las sesiones y del proceso del grupo y de cada participante.

- Protocolos de sesión: tras el cierre de cada sesión, se hizo una descripción escrita de la misma mediante un formato creado para tal fin, en el que se consignó el desarrollo de la sesión con respecto a la planeación y se registraron las observaciones de la musicoterapeuta, así como la expresión verbal y escrita de los participantes. Esta herramienta fue adaptada por la investigadora para este proceso específico con base en los protocolos de sesión usados en la práctica académica de la Clínica de la Memoria, dirigida entre febrero y junio de 20203 por el musicoterapeuta Álvaro Ramírez, profesor de la maestría en musicoterapia de la UN.

  Los elementos tenidos en cuenta para el registro de las sesiones en los protocolos de sesión y que posteriormente fueron analizados a través de la matriz de protocolos, fueron los siguientes:

  1. Aspectos vinculares entre los participantes y el proceso de musicoterapia: comportamiento y disposición de los participantes hacia las sesiones y las actividades planteadas;
  2. Aspectos vinculares entre los participantes: forma de relacionamiento entre los participantes;
  3. Lenguaje sonoro a través del uso de instrumentos musicales: uso de los instrumentos musicales para crear sonidos y música;
  4. Lenguaje sonoro a través del uso de la voz: uso de la voz para crear sonidos y música;
  5. Lenguaje sonoro a partir del uso del cuerpo: uso del cuerpo para crear sonidos y música;
  6. Expresión corporal: lenguaje no verbal a través del cuerpo, mostrando la disposición de los participantes hacia las sesiones y las actividades planteadas
  7. Expresión verbal: uso del lenguaje verbal oral para manifestar ideas, compartir sensaciones, hablar sobre los productos musicales, etc.;
  8. Producción o reporte escrito: uso del lenguaje verbal escrito para manifestar ideas, compartir sensaciones, describir productos musicales, responder preguntas, etc.;
  9. Conclusiones: conclusiones generadas por la investigadora a partir de lo ocurrido en cada sesión;
  10. Recomendaciones: aspectos a tener en cuenta para futuras sesiones, con base en lo ocurrido en cada sesión.

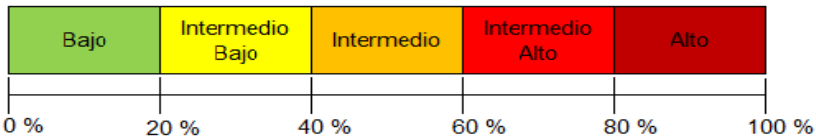
- Historia musical: como parte de la primera sesión del proceso, los participantes completaron un formulario sobre su historia musical, que permitió caracterizarlos y caracterizar a la muestra poblacional del estudio en cuanto a la relación que han tenido con la música durante su vida. Esta herramienta fue diseñada por la investigadora para este proceso específico, teniendo en cuenta las características específicas de la población y el tipo de ansiedad a tratar.

3.5.2 Instrumento de medición cuantitativa

- Inventario psicométrico *Kenny – Musical Performance Anxiety Inventory* (K-MPAI), versión de 40 ítems y 8 factores subyacentes (Kenny, 2016), traducido al español por Chang-Arana (2015), cuya versión fue aprobada por la autora del inventario original.

  Teniendo en cuenta la naturaleza de interpretación porcentual de este inventario (Kenny, 2023), el presente estudio estableció una escala de quintiles para determinar los resultados obtenidos como bajos (0 a 19,9 %), intermedios bajos (20 % a 39,9 %), intermedios (40 a 60 %), intermedios altos (60, 1 a 80 %) o altos (80,1 a 100 %) (Fig. 3-2).

Figura 3-2. Clasificación de los puntajes del K-MPAI utilizada para el presente estudio, realizada con base en la escala porcentual del inventario.



3.5.3 Instrumentos de evaluación cualitativa

- Entrevista escrita[1] de APM: durante la primera sesión del proceso, los participantes respondieron una entrevista escrita estructurada sobre su percepción de la APM, la cual permitió caracterizar a cada participante y a la muestra poblacional en cuanto a sus contextos de

[1] Se implementaron entrevistas escritas en aras de que los participantes pudieran responder de manera individual y privada los temas que se estaban tocando a nivel grupal. Esto, con el objetivo de darles la oportunidad de expresarse abiertamente, tanto en cuanto a sus sensaciones y experiencias desagradables como acerca de las agradables. Lo anterior se basa en el planteamiento de Brackett (2020), quien afirma que a los humanos nos cuesta expresar ante los demás nuestros sentimientos negativos, pero también los positivos, y que es más frecuente que podamos expresar, sobre todo los últimos, cuando es en privado.

relaciones tempranas, la forma en que han experimentado la APM y los impactos que sienten que ha tenido dicha ansiedad en sus vidas profesionales y personales. Esta entrevista fue diseñada por la investigadora para este proceso específico y analizada con apoyo del *software* de análisis cualitativo MAXQDA (https://www.maxqda.com/es/).

- Entrevista escrita[2] de percepción sobre el proceso de musicoterapia: en la última sesión del proceso los participantes respondieron una entrevista escrita estructurada, mediante la cual se recopiló información acerca de su percepción sobre el efecto del proceso de musicoterapia en sus sensaciones relacionadas con la APM.

  Este instrumento permitió complementar los resultados de la aplicación comparativa del instrumento de medición cuantitativa antes y después del tratamiento con musicoterapia, generando hallazgos sobre el impacto del proceso sobre la APM en la población de estudio. La entrevista fue diseñada por la investigadora para este proceso específico y analizada con apoyo del *software* de análisis cualitativo MAXQDA (https://www.maxqda.com/es/).

- Matriz de análisis de los protocolos de sesión: por medio de este instrumento se realizó un análisis comparativo de los protocolos de cada sesión. Este instrumento se implementó durante todo el proceso de musicoterapia, lo cual permitió la retroalimentación del mismo, sesión a sesión. El análisis final de todo el proceso contribuyó a complementar los resultados de la aplicación comparativa del instrumento de medición cuantitativa antes y después del tratamiento con musicoterapia, generando hallazgos más integrales acerca de las variables de estudio.

  Esta matriz fue adaptada por la investigadora para este proceso específico, implementando elementos de los protocolos de sesión usados en la práctica académica de la Clínica de la Memoria, dirigida entre febrero y junio de 2023 por Álvaro Ramírez, musicoterapeuta y profesor de la maestría en musicoterapia de la UN; y elementos de la matriz de análisis usada en la práctica académica del Centro de Desarrollo Comunitario San Blas, dirigida entre agosto y diciembre de 2023 por Andrés Salgado, musicoterapeuta y profesor de la misma maestría.

---

[2] *Ibit*.

- Análisis cualitativo de las improvisaciones: el análisis de las improvisaciones realizadas durante todo el proceso de musicoterapia se hizo siguiendo la guía contenida en el documento titulado "Una aproximación cualitativa hacia el análisis de las improvisaciones de los clientes" de Bruscia (2001), para lo cual se creó un documento en el que se consignaron las observaciones sesión a sesión y al final de proceso se generó un análisis comparativo de dichas observaciones.

- Análisis cualitativo de las composiciones: se realizó un análisis descriptivo de las composiciones creadas a lo largo del proceso de musicoterapia, en aras de reconocer si hubo cambios en ellas durante el proceso y si en ellas podían reconocerse manifestaciones de los posibles efectos de la musicoterapia sobre los síntomas de APM. Este análisis se hizo con base en los planteamientos del trabajo con canciones, uno de los cuatro ejes de acción del abordaje plurimodal (Schapira, 2007).

3.6 Procedimiento

El planteamiento del problema surgió desde un interés personal de la investigadora por probar la musicoterapia como una posible herramienta que ayude a los músicos en formación a sobrepasar los síntomas de APM, para hacer más agradable su formación y evitar el aumento de casos de posible deserción universitaria y frustración profesional. Este interés se fortaleció durante la revisión bibliográfica sobre el tema, que realizó principalmente a través de las bases de datos digitales de la UN.

La fase de reclutamiento se realizó entre el 20 de noviembre y el 12 de diciembre de 2023. Para esto, se contactó por correo electrónico a la dirección del conservatorio de la UN, la coordinación del programa de artes musicales de la ASAB y la coordinación del programa de música de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Pedagógica Nacional, solicitando apoyo en la difusión a través de correos institucionales de la convocatoria a participar en el proyecto.

Como parte de la información remitida se envió una pieza informativa que fue publicada el 23 de noviembre de 2023 en la página de Instagram del conservatorio de la UN (@conservatoriodemusicaun). Adicionalmente, se invitó a cada estudiante que se mostró interesado en hacer parte del proyecto a apoyar la difusión de la convocatoria.

Cerrada la fase de reclutamiento, se remitió un formulario de registro a los interesados, recopilando información básica para la caracterización de los participantes, incluyendo nombre, documento de identidad, edad, universidad en la que estaban matriculados, carrera y énfasis en los que estaban matriculados, semestre que cursarían en el periodo académico 2024-I (tomando como referencia el nivel de énfasis que fueran a inscribir) e instrumento principal que tocan.

Una vez conformada la muestra poblacional para el estudio, se procedió a determinar el horario para la ejecución de las sesiones de musicoterapia, según la disponibilidad de los participantes. Luego de contrastar los horarios disponibles de los 15 participantes registrados inicialmente, se reconoció la necesidad de crear dos grupos para la ejecución de las sesiones de musicoterapia en dos momentos distintos de la semana, pues no hubo ninguna coincidencia de horario que abarcara a los 15 participantes.

Así, se establecieron los siguientes horarios: un grupo de 7 personas tomó las sesiones los miércoles entre las 9:30 y las 11 de la mañana (en adelante “grupo 1”) y otro grupo, que inició con 8 personas y continuó con 7, tomó las sesiones los miércoles entre las 4 y las 5:30 de la tarde (en adelante “grupo 2”), siendo flexible el horario de cierre de sesión en ambos casos. Cabe resaltar que la creación de dos grupos respondió únicamente a la necesidad generada por el hecho de que no todos los participantes tenían un mismo horario disponible durante la semana y se buscó no dejar por fuera del proceso a nadie; no tuvo ningún interés ni ninguna relevancia en el diseño del estudio ni el análisis generado en el mismo.

La intervención con musicoterapia se implementó durante el primer periodo académico del año 2024 entre los meses de febrero y abril. Teniendo en cuenta el enfoque principal de la investigación en torno al inventario psicométrico K-MPAI, este se aplicó como parte de la primera y como parte de la última sesión del tratamiento. En dichas sesiones, también se realizaron entrevistas escritas como complemento analítico del proceso desde el abordaje cualitativo, siendo estas acerca de la percepción de los participantes sobre la APM (en la primera sesión) y acerca de la percepción de los mismos sobre el proceso de musicoterapia realizado (en la última sesión).

Así, la aplicación del K-MPAI y la entrevista escrita sobre APM durante la primera sesión del proceso dieron la pauta para determinar el abordaje terapéutico más apropiado para el grupo y, junto con él, el enfoque más adecuado del proceso de musicoterapia a ejecutar. Y, por su parte, la aplicación del K-MPAI y la entrevista escrita sobre la percepción de los participantes acerca del

proceso de musicoterapia en la última sesión del proceso, permitieron medir y evaluar los alcances del proceso sobre la APM de la muestra poblacional.

Durante la primera sesión, se hizo una presentación breve de la musicoterapeuta, el proyecto de investigación y el diseño general del proceso de musicoterapia, como parte de lo cual se contextualizó el significado y el alcance de la musicoterapia como herramienta terapéutica enfocada en tratar la APM. En esa primera sesión se compartió y discutió el consentimiento informado, dando a los participantes la libertad de opinar, preguntar o hacer sugerencias sobre la información allí contenida; sin embargo, todos manifestaron estar de acuerdo con el mismo y procedieron a firmar.

Igualmente, la primera sesión contó con actividades de musicoterapia receptiva y se dio tiempo para que los participantes expresaran sus expectativas o dudas con respecto al proceso. Desde la segunda semana del proceso y hasta la octava, las sesiones se centraron en las actividades de musicoterapia diseñadas semana a semana para abordar los objetivos del proyecto de investigación.

Finalmente, la última sesión contó con actividades de musicoterapia receptiva, e improvisación o composición, enfocadas en cerrar el proceso, y se dio tiempo para que los participantes expresaran libremente sus sensaciones, experiencias y sugerencias sobre el proceso vivido de musicoterapia.

En simultáneo con la implementación del proceso de musicoterapia se fue realizando un primer análisis de los resultados que iban siendo perceptibles, de modo que el tratamiento se retroalimentara a sí mismo para generar un mayor beneficio para los participantes. Esto se hizo mediante el análisis cualitativo de las improvisaciones, el análisis de contenido de las composiciones y la matriz de análisis de los protocolos de sesión, la cual, entre otros aspectos, dio cuenta de los resultados de las actividades de musicoterapia receptiva y de re-creación.

Igualmente, los protocolos elaborados para cada sesión fueron parte fundamental para la planeación de las siguientes sesiones, de modo que cada planeación tuviera en cuenta las principales observaciones, conclusiones y recomendaciones generadas en las sesiones anteriores. Terminada la intervención, se dio continuidad al análisis de resultados cualitativos y se inició el análisis estadístico de los resultados cuantitativos.

El análisis de resultados se fortaleció contrastando los hallazgos con la información disponible en la literatura científica, lo cual permitió consolidar las conclusiones obtenidas a partir de esta investigación en torno a la hipótesis de que los síntomas de APM que experimentan algunos estudiantes universitarios de música pueden reducirse implementando procesos de musicoterapia. Igualmente, a partir de dichas conclusiones y el análisis realizado, se plantearon las perspectivas que deja esta investigación en torno al tema central de la misma y las recomendaciones para futuros estudios relacionados.

3.7 Análisis estadístico

Como parte del análisis cuantitativo del estudio, se realizó estadística descriptiva y se implementaron pruebas para comparar los resultados del K-MPAI aplicado antes y después del proceso de musicoterapia. Adicionalmente, se agregaron pruebas estadísticas para comparar los resultados obtenidos entre ambos grupos de participantes, en aras de verificar si se presentaban diferencias entre los mismos. Teniendo en cuenta el tamaño de los conjuntos de datos a usar para las pruebas estadísticas de comparación ($N \leq 14$), estos análisis se realizaron implementando estadística no paramétrica.

Para la comparación de conjuntos de datos no relacionados, es decir, la comparación para determinar si los grupos de intervención presentaban o no diferencias significativas entre sí en sus resultados, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney (IBM, 2021a); mientras que para la comparación de conjuntos de datos relacionados, es decir, la comparación para determinar si se presentaban cambios estadísticamente significativos entre los resultados posteriores y anteriores al proceso de musicoterapia, se aplicó la prueba de Wilcoxon (IBM, 2021b). Todos los análisis estadísticos se realizaron usando el programa IBM SPSS Statistics (https://www.ibm.com/products/spss-statistics).

4. Resultados

4.1 Proceso de musicoterapia realizado[3]

La Tabla 4-1 resume la duración de las sesiones y de todo el proceso de musicoterapia que se realizó como parte de este estudio, según lo descrito en los Numerales 3.1, diseño de investigación, y 3.6, procedimiento, del presente documento.

Tabla 4-1. Duración del proceso de musicoterapia implementado con cada grupo.

	Grupo AM	**Grupo PM**	**Promedio AM-PM**
Cantidad total de sesiones	9	9	9
Duración total del proceso	11h 36min	15h 42min	13h 38min
Duración promedio por sesión	1h 18 min	1h 42min	1h 30min

Es importante resaltar que los tiempos promedio y total de las sesiones y el proceso de los grupos estuvieron sujetos a las necesidades de cada uno, la atención a emergentes y la duración de las actividades musicales desarrolladas por los participantes; es a esto a lo que responden las diferencias en los tiempos de las sesiones para cada grupo y no a manejos diferentes predefinidos de manera planeada.

El proceso culminó con 11 participantes que asistieron a la sesión final, donde se aplicó por segunda vez el K-MPAI y se hizo la entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia. De los cuatro participantes que se retiraron sin completar el proceso, dos no comunicaron su retiro ni las razones y los otros dos manifestaron retirarse por razones personales ajenas al proceso.

---

[3] Se describe el proceso de musicoterapia en este capítulo dado que es el resultado obtenido en cumplimiento del objetivo específico No. 1.

Teniendo en cuenta a los 11 participantes que asistieron a la sesión final, la asistencia de los participantes a las sesiones de musicoterapia fue del 72 % para todo el grupo, del 50 % para el grupo 1 y del 84 % para el grupo 2. Por otro lado, la asistencia por sesión fue del 65 % para todo el grupo, del 46 % para el grupo 1 y del 84 % para el grupo 2.

En el Anexo B se muestra un resumen del proceso de musicoterapia realizado, teniendo en cuenta las tres fases descritas en el Numeral 3.1 de este documento, correspondiente al diseño de la investigación, y especificando los métodos de la musicoterapia implementados en cada sesión y el enfoque principal de cada una. La diferencia en los métodos de la musicoterapia implementados con cada grupo en algunas sesiones respondió a emergentes que requirieron atención en alguno de los grupos.

En ambos grupos, el proceso de musicoterapia contó con la aplicación del método receptivo en el 67 % de las sesiones, el de improvisación en el 56 % de las mismas, el de composición en el 44 % y el de re-creación en el 11 %.

El *setting* fue variable a lo largo del proceso, incluyendo, casi siempre, 1 teclado, 1 o 2 guitarras, 1 o 2 tambores alegres y 1 tambor pequeño con baquetas o 1 llamador; además, en varias ocasiones incluyó xilófonos diatónicos, metalófonos diatónicos y percusión menor (capachos, palo de agua, maracones, una ranita de madera y un tambor de olas). Otros instrumentos aparecieron con menor frecuencia.

La Figura 4-1 muestra el *setting* para una de las sesiones de musicoterapia realizada con cada grupo. Además, en algunas sesiones se usó música pregrabada, por lo cual se contó también con un parlante y un celular disponible para la reproducción de música desde Spotify o Youtube. Igualmente, siempre se mencionó la disponibilidad de la percusión corporal y la voz como instrumentos que podían ser incorporados en cualquier momento, cuando las actividades así lo permitieran.

Figura 4-1. Ejemplo de *setting* utilizado durante una de las sesiones de musicoterapia.

Finalmente, cabe mencionar que durante el proceso de musicoterapia no se presentaron muchos emergentes y los que sucedieron fueron de manejo sencillo o su ocurrencia había sido prevista por la naturaleza del proyecto. El principal emergente que se presentó fue la participación de una única persona en dos sesiones del grupo 1. Ante esto, rápidamente se replantearon las actividades de cada sesión, sin abandonar el objetivo general de las mismas ni, en la medida de lo posible, los objetivos específicos; este replanteamiento fue necesario pues las sesiones habían sido diseñadas originalmente de manera grupal.

Otras situaciones que podrían considerarse emergentes, fueron temas que desde el comienzo del proceso se había previsto que podían llegar a ocurrir, debido a que la naturaleza del proyecto podía poner a los participantes en situaciones incómodas (enfrentarse directamente a las causas o los síntomas de la APM). Por lo mismo, como parte de la información que se entregó por escrito a los participantes en la primera sesión, en la que se solicitó su consentimiento mediante firma, se comunicó que el proceso podía llevarlos a experimentar sensaciones, emociones o pensamientos incómodos asociados a la ansiedad que se iría a tratar.

4.2 Caracterización de la muestra poblacional en términos de la APM[4]

Los instrumentos de registro, medición o evaluación implementados como parte del comienzo del proceso de musicoterapia permitieron iniciar las medidas, para, posteriormente, evaluar el impacto del proceso sobre los síntomas de APM en la muestra poblacional del estudio, pero también fueron

[4] Resultados obtenidos en cumplimiento de los objetivos específicos No. 2 y 3.

herramientas clave para la caracterización de esta muestra poblacional. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de los instrumentos mencionados.

4.2.1 Instrumento de registro: historia musical

Las historias musicales se recogieron durante la segunda sesión del proceso; por asistencia a dicha sesión, este instrumento recogió información de 11 de los 14 participantes. Este instrumento evidenció una amplia diversidad en cuanto a los géneros musicales que los participantes consideraban característicos de sus regiones de origen y de sus contextos familiares de crianza, así como una amplia diversidad en sus gustos musicales históricos y actuales (Anexos C y D), la cual se muestra, no solo en la cantidad de géneros representativos de los gustos del grupo, sino también en la discrepancia de gustos entre los participantes.

La información antes mencionada fue valiosa para el diseño y la ejecución del proceso de musicoterapia, pues, además de caracterizar a la muestra poblacional a tratar, permitió conocer si había géneros y estilos musicales a los que debía dárseles mayor o menor atención en la planeación de las actividades.

Las historias musicales también dieron información sobre el acercamiento de los participantes a la música como materia académica y su aproximación al estudio de la misma y de diferentes instrumentos musicales. Se encontró que ninguno de los participantes pertenecía a familias con ancestros o parientes dedicados a la música, ni a nivel profesional ni a nivel empírico.

Además, se evidenció que varios participantes (64 %) aprendieron a tocar instrumentos musicales desde su infancia de manera empírica, mediante clases particulares, asistiendo a academias de música o a través de programas escolares o de institutos municipales de cultura. Entre los instrumentos mencionados, se destacaron el piano, la viola, la guitarra, la guitarra eléctrica, el bajo, el requinto, la voz, la gaita colombiana, el clarinete, el violín, el cuatro y la flauta dulce, siendo seis de estos, instrumentos principales de algunos participantes actualmente.

Así mismo, un alto porcentaje de los participantes (71 %) perteneció a grupos musicales o hizo presentaciones durante su infancia y adolescencia, como parte de una orquesta municipal de cuerdas de cámara, coros escolares y de institutos culturales, grupos y festivales escolares, comunidades

religiosas, una orquesta tropical escolar, grupos particulares de rock, carranga y música colombiana, la banda sinfónica juvenil de Colombia, una banda sinfónica escolar, recitales solistas y una orquesta de una academia.

Lo anterior, denota la cercanía de los participantes con la escena musical desde la infancia y la adolescencia. En este contexto, las historias musicales también permitieron reunir información sobre los antecedentes de síntomas de APM percibidos durante la infancia y la adolescencia por la muestra poblacional tratada, en cuanto a lo cual dicha muestra se distribuyó en los siguientes tres grupos, además de aquellos que no aportaron información desde este instrumento de registro (21 %):

1. Algunos participantes manifestaron que durante la niñez y la adolescencia no sentían los síntomas incómodos que sienten ahora al prepararse para tocar en público y hacerlo y, por el contrario, disfrutaban mucho sus *performances* musicales (29 %);
2. Otros participantes afirmaron que en esa época no sentían nada incómodo ante sus presentaciones musicales, más allá de nervios (21 %);
3. Finalmente, otros participantes indicaron que sí se sentían incómodos por tocar en público, incluso desde la época de la infancia y la adolescencia (29 %) y algunos relacionaron argumentos como el compararse a sí mismos con otras personas o sentirse juzgados por los demás.

Con respecto a la etapa actual, el 29 % de los participantes manifestó no tocar más instrumentos además del que estudian como énfasis principal en la universidad, el 36 % de los participantes manifestaron tocar un instrumento adicional, siendo este la voz o el piano, y el 14 % indicaron tocar dos o tres instrumentos además del inscrito en la universidad, siendo estos el tiple, el cuatro y la guitarra eléctrica. El 21 % restante corresponde a los participantes que no aportaron información desde este instrumento.

Adicionalmente, el 36 % de los participantes mencionó que actualmente se encuentra tocando en grupos musicales ajenos a las actividades académicas, interpretando sus instrumentos principales o, en el caso de un participante (7 %), interpretando también otros dos instrumentos además del que estudia en la universidad. Por otro lado, el 29 % de los participantes trabaja actualmente dando clases particulares o en academias, donde se desempeñan como profesores de teoría musical y de sus instrumentos principales u otros que también dominan.

Finalmente, como parte de las historias musicales, se recogió información sobre la música que los participantes disfrutan interpretar en sus instrumentos principales y la música que les genera mayores niveles de APM cuando deben tocarla. El Anexo E contiene los resultados obtenidos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidencia que el 43 % de los participantes siente APM frente a música que está asociada con las exigencias de la carrera universitaria que estudian y que es diferente a la música que es de su agrado tocar; el 21 % de los participantes siente APM frente a música que también afirman que disfrutan tocar y es música que hace parte de su formación profesional; y el 14 % de los participantes refiere sentir agrado por tocar música que corresponde a su formación académica y no tener identificado un tipo de música específico que les produzca mayores niveles de APM.

4.2.2 Instrumento de medición cuantitativa: K-MPAI

La aplicación del K-MPAI durante la primera sesión del proceso de musicoterapia permitió caracterizar al grupo en términos del trastorno de ansiedad a trabajar, generando así la línea base para plantear el proceso de musicoterapia a realizar. Además, de esta manera se seleccionaron las variables específicas a las cuales apuntaría principalmente el trabajo terapéutico y desde las cuales se evaluaría la eficacia de la musicoterapia como herramienta terapéutica para tratar la APM.

Los resultados para el K-MPAI aplicado antes del proceso terapéutico se muestran incluyendo los registros de 14 participantes, ya que se eliminaron los valores correspondientes al participante que se retiró después de la primera sesión. Esto, teniendo en cuenta que sus resultados podrían haber afectado los resultados globales y, por lo tanto, podrían haber alterado la selección de variables específicas para el estudio y el diseño de proceso terapéutico en el que este participante ya no iba a estar.

En aras de garantizar que toda la muestra poblacional pudiera tratarse desde la misma línea base, independientemente de la distribución de los participantes en dos grupos debido a las limitaciones de horario para crear solo uno, se verificó si se presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los resultados indicaron que no había tales diferencias (Tabla 4-2), por lo cual se tuvieron en cuenta los resultados globales, tanto para el diseño y la ejecución del proceso de musicoterapia, como para la selección de variables específicas a analizar.

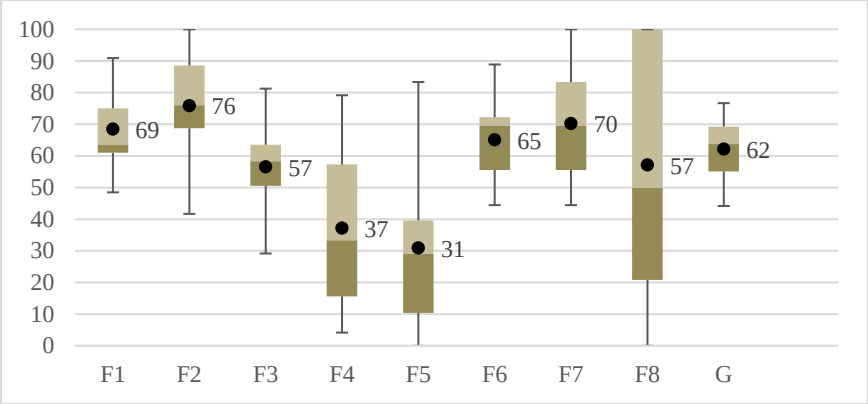
Tabla 4-2. Comparación de los resultados del K-MPAI aplicado a 2 grupos de estudiantes universitarios de música (N1 = 6, N2 = 8), antes de pasar por un proceso de musicoterapia.

	F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**G**
Z	-1,863	-0,322	-1,217	-0,320	-0,516	-1,512	-1,226	-0,526	-0,958
p*	0,062	0,748	0,224	0,749	0,606	0,131	0,220	0,599	0,338

* Los valores de *p* mayores a 0,05 indican que los conjuntos de datos comparados no presentan diferencias estadísticamente significativas; los valores de *p* menores o iguales a 0,05 indican que los conjuntos de datos comparados presentan diferencias estadísticamente significativas.

Habiendo comprobado la posibilidad de analizar los resultados de toda la muestra poblacional por igual, se procedió a realizar el análisis estadístico descriptivo de los valores arrojados por el K-MPAI en el comienzo del proceso de musicoterapia. Los resultados evidenciaron un valor global de 62 % (SD: 10) para la muestra poblacional; siendo los factores con valores más altos el 2 ($\bar{X}$ = 76 %, SD: 18), el 7 ($\bar{X}$ = 70 %, SD: 18) y el 1 ($\bar{X}$ = 69 %, SD: 12), seguidos por el 6 ($\bar{X}$ = 65 %, SD: 13), el 3 ($\bar{X}$ = 57 %, SD: 13) y el 8 ($\bar{X}$ = 57 %, SD: 38), y siendo los factores con valores más bajos el 4 ($\bar{X}$ = 37 %, SD: 24) y el 5 ($\bar{X}$ = 31 %, SD: 25) (Fig. 4-2).

Figura 4-2. K-MPAI aplicado a la muestra poblacional de 14 estudiantes universitarios de música antes de pasar por un proceso de musicoterapia.



***Nota:** Los valores al lado derecho de cada caja indican la media del factor correspondiente a esa caja. **F** indica "factor y **G** indica el resultado general del inventario.

En otras palabras, según los resultados del K-MPAI, en el comienzo del proceso de musicoterapia la muestra poblacional participante de este estudio presentaba una APM explicada según el siguiente orden de los factores del inventario, listados de mayor a menor contribución a la misma (Fig. 4-2):

- Cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros (factor 2);

- Aprensión ansiosa (factor 7);
- Ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance* (factor 1);
- Transmisión generacional de ansiedad (factor 6);
- Depresión o desesperanza (vulnerabilidad psicológica) (factor 3);
- Vulnerabilidad biológica (factor 8);
- Empatía parental (factor 4); y
- Memoria (factor 5)

De lo anterior se derivó la selección de las variables específicas a analizar, correspondientes, como ya es sabido, a los factores 1, 2 y 7 del K-MPAI.

Por otro lado, teniendo en cuenta la escala de guía establecida en el presente estudio para la clasificación de los resultados en bajos, intermedios bajos, intermedios, intermedios altos y altos, los resultados obtenidos para el K-MPAI al iniciar el proceso de musicoterapia mostraron un resultado global intermedio alto, mientras que los factores se agruparon como lo muestra la Tabla 4-3 a continuación.

Tabla 4-3. Distribución de los resultados del K-MPAI y sus factores en el inicio del proceso de musicoterapia, según la escala de clasificación por quintiles utilizada en el presente estudio.

Factor	Resultado	Clasificación
F1	69 %	Intermedio-Alto
F2	76 %	Intermedio-Alto
F3	57 %	Intermedio
F4	37 %	Intermedio-Bajo
F5	31 %	Intermedio-Bajo
F6	65 %	Intermedio-Alto
F7	70 %	Intermedio-Alto
F8	57 %	Intermedio
G	62 %	Intermedio-Alto

Por otro lado, al enfocarse en los resultados para cada uno de los participantes, se observó que, para la mayoría de ellos, el K-MPAI y cada uno de sus factores presentaron puntuaciones considerablemente variables (Anexo F) y distribuidas en todos los rangos por quintiles que se establecieron para el índice en el presente estudio (Anexo G). Del total de puntuaciones obtenidas

para cada factor y el inventario global, reuniendo los resultados de todos los participantes (es decir, de un total de 126 valores obtenidos en todo el grupo), se presentaron 14 valores de puntuación baja (11 %), 12 de puntuación intermedia baja (10 %), 33 de puntuación intermedia (26 %), 42 de puntuación intermedia alta (33 %) y 25 de puntuación alta (20 %).

4.2.3 Instrumento de evaluación cualitativa: entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre la APM

La entrevista escrita que se realizó en la primera sesión del proceso de musicoterapia, acerca de la percepción de la APM por parte de los participantes, fue una herramienta fundamental para caracterizar a la muestra poblacional en términos de este tipo de ansiedad y darle ruta al proceso de musicoterapia que se diseñó para tratarla. Este instrumento permitió complementar los resultados del instrumento de medición cuantitativa desde una perspectiva más íntima y personal de los participantes sobre sus sensaciones relacionadas con la APM.

El 100 % de los participantes afirmó experimentar emociones, pensamientos o sensaciones incómodas antes de un *performance* musical y el 79 % afirmó experimentarlas también durante o después del mismo. La muestra poblacional manifestó experimentar las incomodidades previas principalmente horas o días antes del *performance* (50 % y 36 % de los participantes, respectivamente, y, en menor medida, minutos o meses antes (7 % de los participantes en cada caso). Y quienes afirmaron experimentarlas después, indicaron que estas pueden durar horas, para la mayoría (29 %), para otros minutos o días (21 % en cada caso) y, en menor medida, meses (7 %).

Ante la afirmación de experiementar sensaciones, pensamientos o emociones incómodas antes, durante y después de un *performance* musical, se pidió a los participantes describir lo más detalladamente posible esas incomodidades. Los resultados fueron procesados mediante el *software* de análisis MAXQDA (https://www.maxqda.com/es/), lo que permitió determinar las palabras relevantes registradas con mayor frecuencia por los participantes.

A partir de estos resultados, las palabras relevantes se agruparon por categorías de correspondencia para reflejar de manera más precisa las ideas plasmadas en las entrevistas, por ejemplo, se agruparon como “pensamientos” las palabras pensar, pensamientos, pensamiento, pensando, pienso y sobrepienso; o como “miedo” las palabras pánico, temor y miedo, entre otros casos. Los resultados se ilustran en la Figura 4-3, según la cual los 10 términos registrados con mayor frecuencia fueron

"sentir" (72 registros), "pensamientos" (51), "público" (22), "tensión" (20), "equivocarse" (18), "miedo" (16), "ser-juzgado (16), "ansiedad" (15), "nervios" (15) y "debería" (14).

Figura 4-3. Nube de palabras que ilustra las categorías relevantes registrados en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre la APM.

Como parte de las sensaciones, emociones y pensamientos displacenteros que los participantes reportaron ante el anuncio por parte de sus profesores de instrumento de un *performance* musical (bien fuera público o cerrado a sus compañeros y profesores) o ante la solicitud de su familia o amigos de tocar algo ante ellos, se resaltan ideas de necesidad de perfección, temor por ser juzgados, pensamientos catastrofistas, inseguridad sobre las capacidades propias, falta de concentración, olvido del repertorio estudiado, desmotivación ante el *performance* y sensación de obligación por realizarlo. Aparecen con frecuencia las palabras pánico, miedo, temor y ansiedad.

A las anteriores, se les suman ideas a resaltar sobre las sensaciones, emociones o pensamientos experimentados antes, durante o después de un *performance* musical, tales como la preocupación por decepcionar a los profesores, familiares y la pareja, las ganas de llorar, el juicio propio, la rumiación de pensamientos sobre los errores cometidos, la aparición de sensaciones de fobia social, la pérdida del sueño, impotencia, tristeza, desmotivación, pensamientos de comparación con otros y vergüenza.

Además, se resaltan las siguientes frases sobre emociones, sensaciones y pensamientos que experimentan los participantes antes, durante o después de un *performance* musical, las cuales fueron

tomadas textualmente de las entrevistas escritas y son frases en las que se denota un cuestionamiento de la carrera de estudio elegida, reflejando frustración profesional derivada de la APM:

- “Pienso que soy un fracaso”;
- “No debería estar estudiando música”;
- “No soy suficiente para la música”;
- “Pienso si mi elección de carrera es correcta”;
- “Siento frustración”;
- “No tengo el nivel suficiente para estar aquí”;
- “Pienso si debería ejercer otro campo en la música que no sea la interpretación”

Por otro lado, teniendo en cuenta que uno de los factores del K-MPAI con mayor puntuación para la muestra poblacional fue el de ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance*, se realizó un análisis adicional del contenido de las entrevistas escritas sobre percepción de la APM, enfocado exclusivamente en las palabras que indicaran partes del cuerpo o sensaciones fisiológicas asociadas a dichas partes, tales como ahogo, vomitar, respiración, náuseas o taquicardia, entre otras (Fig. 4-4).

Figura 4-4. Nube de palabras que ilustra los términos asociados con el cuerpo que fueron registrados en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre la APM.

Como parte de las sensaciones físicas displacenteras que los participantes reportaron como asociadas a los *performances* musicales, se resalta el no poder controlar el cuerpo o partes del mismo; sentir incomodidad, dolor, debilidad o tensión en diferentes partes; sentir frío; temblar; sentir cansancio; sudar; sentir un vacío en el estómago, náuseas, diarrea o vómito; tener sensación de ahogo; presentar taquicardia o taquipnea; o, incluso, enfermarse. El Anexo H muestra las partes del cuerpo que los participantes marcaron en las siluetas que se les presentaron como parte de la entrevista escrita, haciendo referencia a sentir alguna incomodidad en ellas.

4.3 Resultados obtenidos al finalizar el proceso de musicoterapia

El K-MPAI se aplicó nuevamente en la sesión final del proceso de musicoterapia, la cual ocurrió aproximadamente dos meses después de la primera y habiéndose realizado nueves sesiones consecutivas con cada grupo. Esto, en aras de comparar los resultados obtenidos antes y después del proceso para verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en los valores de APM para la muestra poblacional.

En la sesión final también se realizó la entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia y sus posibles impactos en los síntomas que experimentan de APM. Además de esto, como resultado final del proceso, también se incluyó un análisis del instrumento de registro correspondiente a la matriz de protocolos de sesión y un análisis de los productos musicales generados durante el proceso por medio de improvisaciones, composiciones y parodias de canción. A continuación, se presentan los resultados obtenidos por medio de cada instrumento de medición o evaluación mencionado.

4.3.1 Instrumento de medición cuantitativa: K-MPAI

A los resultados del K-MPAI luego del proceso de musicoterapia se les aplicó inicialmente la prueba estadística U de Mann-Whitney para determinar si los valores obtenidos en cada grupo presentaban diferencias estadísticamente significativas con respecto a los del otro grupo. Dado que la prueba no evidenció tales diferencias (Tabla 4-4), se procedió a realizar la estadística descriptiva de los resultados obtenidos para el grupo completo y, posteriormente, a comparar los resultados obtenidos después del proceso de musicoterapia con los resultados obtenidos antes del mismo, teniendo en cuenta los valores de todo el grupo en ambos casos.

Tabla 4-4. Comparación entre los resultados del K-MPAI aplicado a los 2 grupos de intervención (N1 = 4, N2 = 7), después de pasar por el proceso de musicoterapia.

	F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**G**
Z	-1,243	-0,189	-0,949	-0,190	-0,881	-1,737	-1,243	-1,178	-0,954
p*	0,230	0,927	0,412	0,927	0,412	0,109	0,230	0,315	0,412

* Los valores de *p* mayores a 0,05 indican que los conjuntos de datos comparados no presentan diferencias estadísticamente significativas; los valores de *p* menores o iguales a 0,05 indican que los conjuntos de datos comparados presentan diferencias estadísticamente significativas.

La descripción de los resultados del K-MPAI al final del proceso de musicoterapia se encuentra detallada en el Anexo I. A continuación, se profundizará directamente en la comparación entre dichos resultados y los obtenidos en el comienzo del proceso.

Habiendo comprobado la homogeneidad estadística entre el grupo 1 y el grupo 2, tanto para los resultados del K-MPAI antes del proceso de musicoterapia, como para los resultados después del mismo, se procedió a verificar si los resultados obtenidos para todo el grupo después del proceso de musicoterapia diferían estadísticamente de los resultados obtenidos antes del proceso.

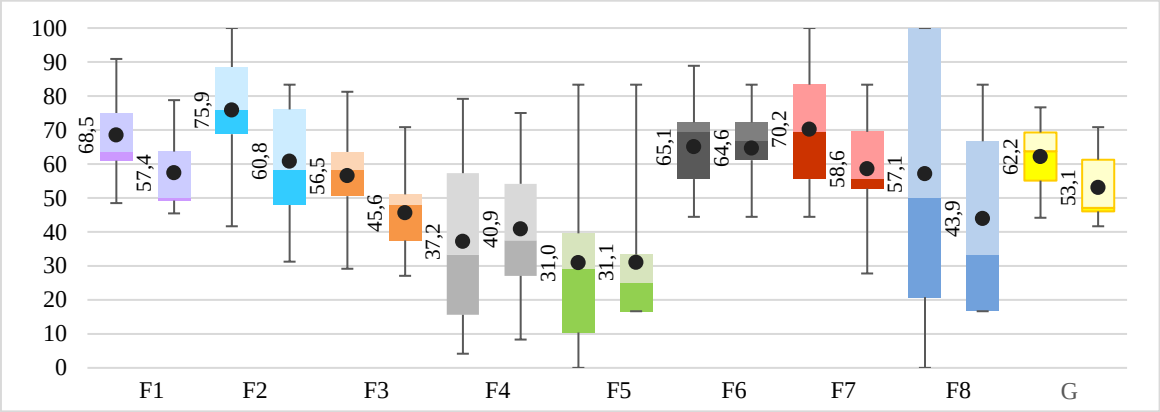
Para esto, se aplicó la prueba de Wilcoxon, la cual indicó que los resultados globales del K-MPAI y los resultados del factor 2 presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores obtenidos antes y después del proceso de musicoterapia (Z = -2,045; $p \leq 0{,}05$ y Z = -1,96; $p \leq 0{,}05$, respectivamente); mientras que ninguno de los demás factores presentó diferencias estadísticamente significativas en esta comparación (Tabla 4-5).

Tabla 4-5. Comparación entre los resultados obtenidos del K-MPAI antes y después del proceso de musicoterapia mediante la prueba de Wilcoxon.

	F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**G**
Z	-1,913	-1,96	-1,868	-0,89	-0,46	-0,154	-1,277	-1,188	-2,045
p*	0,056	0,050	0,062	0,374	0,646	0,878	0,201	0,235	0,041

Los resultados mencionados se complementan mediante la descripción de las tendencias observadas, las cuales se ilustran en la Figura 4-5, donde se muestra la distribución de los valores para el K-MPAI y cada uno de sus factores antes y después del proceso de musicoterapia. Igualmente, la Tabla 4-6 muestra la comparación entre las puntuaciones del K-MPAI y sus factores antes y después del proceso de musicoterapia, tomando como referencia la escala de quintiles usada en el presente estudio.

Figura 4-5. Resultados del K-MPAI y sus factores constituyentes antes del proceso de musicoterapia (izq. en cada columna) y después del mismo (der. en cada columna).



***Nota:** Los valores al lado izquierdo de cada caja indican la media del factor correspondiente a esa caja. **F** indica "factor y **G** indica el resultado general del inventario.

Como se observa en la Figura 4-5, los factores 1, 2, 3, 7 y 8, así como el K-MPAI global, presentaron una tendencia a la reducción de sus valores después del proceso de musicoterapia. Por el contrario, los factores 5 y 6 presentaron una tendencia a la permanencia de sus valores y el factor 4 mostró una ligera tendencia al aumento. Como se mencionó anteriormente, de estas tendencias, únicamente la del factor 2 y la del K-MPAI global presentaron significancia estadística.

Por otro lado, evaluando los resultados con base en la escala de quintiles establecida en este estudio, se observa que los valores del K-MPAI global y los de los factores 1 y 7 se redujeron después del proceso de musicoterapia, pasando de una clasificación por quintiles a la inmediatamente inferior; los factores 2, 3, 5, 6 y 8 se mantuvieron en la misma clasificación y el factor 4 pasó de una clasificación a la inmediatamente superior (Tabla 4-6).

Tabla 4-6. Comparación entre los resultados del K-MPAI antes y después del proceso de musicoterapia, con base en la escala de quintiles establecida en el presente estudio.

Factor	Resultados		Clasificación del resultado en quintiles		
	Aplicación inicial	Aplicación final	Aplicación inicial	Aplicación final	Tendencia
F1	69 %	57 %	Intermedio-Alto	Intermedio	>
F2	76 %	61 %	Intermedio-Alto	Intermedio-Alto	=
F3	57 %	46 %	Intermedio	Intermedio	=
F4	37 %	41 %	Intermedio-Bajo	Intermedio	<

F5	31 %	31 %	Intermedio-Bajo	Intermedio-Bajo	=
F6	65 %	65 %	Intermedio-Alto	Intermedio-Alto	=
F7	70 %	59 %	Intermedio-Alto	Intermedio	>
F8	57 %	44 %	Intermedio	Intermedio	=
G	62 %	53 %	Intermedio-Alto	Intermedio	>

Convenciones de la columna "Tendencia". ">": Paso de los resultados a un segmento entre quintiles inferior después del proceso de musicoterapia; "=": Permanencia de los resultados en el mismo segmento entre quintiles; "<": Paso de los resultados a un segmento entre quintiles superior.

4.3.2 Instrumentos de evaluación cualitativa

Los instrumentos de evaluación cualitativa permitieron profundizar en la explicación de los resultados obtenidos a través del instrumento de medición cuantitativa, al aportar detalles sobre las vivencias, experiencias, sensaciones, percepciones y creaciones de los participantes a lo largo del proceso de musicoterapia. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación cualitativa.

4.3.2.1 Matriz de análisis de los protocolos de sesión

La matriz de análisis de los protocolos de sesión fue la herramienta a través de la cual se recogieron las observaciones de la investigadora acerca del proceso de musicoterapia. Igualmente, este instrumento permitió registrar las perspectivas de los participantes acerca del proceso y de sus vivencias durante el tiempo que duró el mismo; esto, mediante expresiones explícitas de manera verbal o escrita, que fueron motivadas por las actividades de musicoterapia llevadas a cabo en las diferentes sesiones.

Los elementos tenidos en cuenta para el registro de las sesiones en los protocolos de sesión y que posteriormente fueron analizados a través de la matriz de protocolos, fueron los siguientes: (1,1) aspectos vinculares entre los participantes y el proceso de musicoterapia; (1,2) aspectos vinculares entre los participantes; (2,1) lenguaje sonoro a través del uso de instrumentos musicales; (2,2) lenguaje sonoro a través del uso de la voz; (2,3) lenguaje sonoro a partir del uso del cuerpo; (3) expresión corporal; (4) expresión verbal; (5) producción o reporte escrito; (6) conclusiones; y (7) recomendaciones.

En el Anexo J se detallan las observaciones de la investigadora al final del proceso de musicoterapia, en las cuales se plasma un contraste realizado entre los protocolos de sesión de todas las sesiones del proceso y las conclusiones generales para cada aspecto.

A partir de estas observaciones, es de resaltar que uno de los impactos importantes que tuvo la musicoterapia durante el proceso y que pudo ser evidenciado a medida que transcurrían las sesiones del mismo, fue que se convirtió en un vehículo que estimuló la expresión verbal de los participantes, lo cual pudo evidenciarse por la mayor facilidad que presentaron los mismos al expresarse verbalmente luego de alguna actividad de musicoterapia, que al hacerlo ante preguntas sueltas desligadas de dichas actividades.

Por ejemplo, en el grupo 1, en el que se incluyeron actividades de presentación personal en más de una sesión debida a la asistencia más variable de los participantes, fue evidente que en la última de estas actividades, la invitación a presentarse primero a través de una improvisación musical que describiera a cada uno y luego a través de una expresión verbal que diera explicación a dicha improvisación, hizo que la elocuencia y cantidad de ideas al hablar fuera mucho mayor que en la primera actividad de presentación, en la que simplemente se invitó a los participantes a hablar de sí mismos mientras tocaban un instrumento musical.

Esta y otras actividades, denotaron una mayor facilidad de los participantes para expresarse verbalmente cuando lo hacían para explicar sus productos musicales que cuando lo hacían sin una “excusa” musical de por medio, siendo las explicaciones de los productos musicales formas de expresar ideas sobre sí mismos, sobre su relación con la música, sobre su percepción de la APM u otras relacionadas con los temas centrales del proceso de musicoterapia y no simplemente descripciones de los elementos musicales plasmados en sus productos.

Además, fue claro que la expresión verbal fue transformándose considerablemente a lo largo del proceso de musicoterapia, volviéndose más espontánea y compleja a medida que transcurrían las sesiones.

Y se resalta la importancia de la musicoterapia como vehículo estimulante de la expresión verbal, porque, a su vez, la expresión verbal se identificó como un elemento clave a través del cual los participantes se desahogaron, reconocieron y entendieron algunas de las sensaciones incómodas que

les produce la APM, y así, pudieron trabajarlas también desde esta herramienta. Igualmente, la expresión verbal fue un mecanismo de manifestación y fortalecimiento de la empatía entre los participantes, lo cual robusteció la confianza en los grupos y, por consiguiente, promovió la expresión emocional en los participantes, logrando también generarles la sensación de no sentirse solos en sus vivencias de la APM.

Como parte de las ideas expresadas verbalmente durante el proceso de musicoterapia, se resaltan a continuación algunas frases dichas textualmente durante la primera y segunda sesión, relacionadas con las expectativas de los participantes sobre el proceso y que denotan sensaciones de frustración profesional:

- “Uno piensa que se juega su nombre y su ego en un examen”;
- “La verdad, […] no me quiero graduar y que el conservatorio me destruya todos mis sueños [...] porque conozco mucha gente que el conservatorio los destruyó”;
- “Los nervios son letales, o sea, como que se me puede borrar completamente todo lo que sé”;
- “Me da mucho pánico estar en escena y […] es como que todo lo que sé que estudio sola y lo que yo escucho y digo como "pf, está increíble", se baja un 50 - 40% cuando estoy en frente de un montón de personas y se siente uno incluso juzgado, feo”;
- “Estas últimas dos semanas me ha pasado que como que ya no me siento capaz de nada, absolutamente, ni de tocar [instrumento]. Y eso me tiene un poco frustrado”;
- “A uno le enseñan es a tocar en un salón encerrado, pero no ante un público”

Por otro lado, se resaltan frases expresadas en sesiones más tardías del proceso, en las que los participantes manifestaron sus sensaciones frente al mismo y al espacio semanal de musicoterapia:

- “Me sentí como en la confianza de equivocarme”;
- “Me sentí como en un espacio tranquilo y seguro donde no iba a sentir que me iban a juzgar o a decir algo por si me equivocaba o no”;
- “No se sintió como esa presión, porque se sentía uno como libre”;
- “Creo que este lugar a mí me acercó mucho como a mi versión chiquita que se acercó a la música. O sea, como sin prejuicios, sin saber qué hacer, sin nada más que la música, una relación cercana entre ella y yo, que fue lo que me hizo a mí llegar a este lugar”;
- “De aquí como que me llevo ese espacio muy de paz y tranquilidad, de no juzgarme a mí mismo por lo que estoy haciendo. He dejado de decirme "no, está mal", y en vez de eso "sí, pero puedes encaminarlo por acá…", como que muchas cosas han cambiado y este lugar me ha aportado mucho, mucho de eso”;
- “De acá me llevo herramientas […] para esos momentos en los que me sienta como que otra vez estoy desvariando o como que estoy volviendo a mucha crisis y a no saber qué hacer, como en sentarme un momento y decir "bueno, estamos presentes y aquí"";
- “Me llevo eso de tener en cuenta cómo prepararme para tocar, pero no solo en el instrumento sino en la mente ¿sí? eso, me gustó eso”;

- “Siento que la forma en que estábamos trabajando los instrumentos siempre fue como muy amable [...], es como vamos a explorar, vamos a intentar expresarnos, vamos a relajarnos y nada de presión, entonces eso fue muy positivo”;
- “Siento que enfocarse mucho, no solo en la respiración […, sino que] es como calmar la mente, que es mucho más difícil y donde hay que ir. Entonces también rescato eso [de este proceso], aprender a tranquilizarla."
- “Ha sido como volver a mi centro de alguna manera”.

Otros aspectos relacionados con lo expresado verbalmente por los participantes en las diferentes sesiones del proceso de musicoterapia, así como otros aspectos relevantes de los resultados obtenidos a partir de la matriz de protocolos de sesión, serán resaltados en numerales posteriores, ya que están relacionados con los temas que allí se tratan, tales como los resultados obtenidos a partir de los diferentes métodos de la musicoterapia.

4.3.2.1.1 Musicoterapia a través del método receptivo

Como se mencionó anteriormente, en el 67 % de las sesiones con cada grupo se implementaron actividades de musicoterapia receptiva (6 de 9). Con respecto a estas, es importante resaltar que, en todas, la mayoría de los participantes evidenciaron conexión con la guía verbal dada por la musicoterapeuta durante las actividades, o con los sonidos involucrados en las mismas. Esto se notó por la realización de movimientos con las manos o los cuerpos, a través de los cuales seguían las indicaciones dadas de manera verbal por la musicoterapeuta, o en la expresión a través de gestos faciales espontáneos (como sonrisas) ante algunos sonidos de las actividades.

Por otro lado, es importante destacar que las actividades realizadas con musicoterapia receptiva lograron generar en los participantes diferentes sensaciones, según el objetivo de la actividad, y, en muchos casos, les produjeron relajación, les permitieron reconocerse en su quehacer profesional, reconciliarse con ellos mismos, con sus instrumentos o con la música, recordar los motivos por los que eligieron su profesión, o aprendieron sobre algunas herramientas de afrontamiento que pueden usar ante la APM. Esto, de acuerdo con lo expresado verbalmente por los participantes en las diferentes sesiones en las que se implementó musicoterapia receptiva.

Por ejemplo, como parte de la primera sesión (en la cual se realizaron dos actividades de musicoterapia receptiva en busca de generar sensaciones contrastantes entre ambas), un participante

comentó explícitamente que a través de la primera actividad revivió muchas sensaciones incómodas que había vivido en torno a sus clases de instrumento y había quedado con la preocupación de que fuera a ser así en adelante; sin embargo, comentó que con la segunda actividad pudo revivir las “sensaciones positivas” que ha tenido con la música y con su instrumento principal de estudio, perdió dicha preocupación, recordó que también puede sentirse a gusto con la música y quedó tranquilo.

Otros participantes se refirieron a los procesos de musicoterapia receptiva como actividades que les generaron “un descanso rico”, los dejaron “como relajados” o fueron “introspectivas” (en sus palabras). Igualmente, resumieron sus experiencias con este método de la musicoterapia en palabras como “reflexión”, “relajación”, “calma”, “verde”, “ideas”, “conocimiento”, “paz interior” o “pensamiento".

Entre las herramientas que les dejaron a los participantes las actividades de musicoterapia receptiva, se resaltan las siguientes a partir de las expresiones verbales, entre otras:

- el reconocimiento de la importancia de disfrutar la música como niños, sin miedo a equivocarse;
- la evocación de recuerdos de momentos en los que más han disfrutado la música y sus instrumentos y los momentos en los que decidieron dedicarle su vida profesional a la música;
- la visualización de sensaciones agradables con la música y sus instrumentos de estudio y el poder imaginarlas condensadas en una burbuja que cuide y fortalezca las partes de su cuerpo donde más sienten síntomas físicos de APM.

Por ejemplo, se resalta el siguiente comentario de un participante después de una actividad de musicoterapia receptiva, en el que se denota que la actividad le permitió reconectarse con los motivos por los cuales estudia música, contribuyendo a una menor frustración profesional: “hay que recordar esa sensación positiva, que me gustó mucho recordarla estando en la meditación, me recordó por qué estoy acá”. Es de mencionar también el caso de un participante en específico que mencionó que se sentía incómodo con las actividades de musicoterapia receptiva: “la verdad me incomodó mucho tratar de concentrarme, no sé por qué […]. Como que me di cuenta de que el silencio me abruma un poquito".

Por otro lado, como parte del reporte escrito que generaron los participantes sobre las sensaciones que experimentaron durante una de las actividades de musicoterapia receptiva, se notó una introspección profunda en torno al tema central de dicha actividad; En algunos de los escritos se denotó la expresión de emociones y pensamientos relacionados con algunos limitantes que los

participantes identificaron sobre su quehacer profesional y que, aparentemente, reconocieron durante esta actividad.

A continuación, se muestran algunos fragmentos de lo reportado por los participantes de manera escrita sobre su experiencia en la actividad correspondiente de musicoterapia receptiva:

- “Hora de sentir”;
- "[…] tengo raíces, pero parece que no saben qué función tener. Quiero pensar que con mi luz podré estar y tocar sin problema […], pero cuando estoy tocando mi corazón corre sin parar y no sé cómo hacer que se detenga […]";
- “Nunca había sentido tanto en mi cuerpo, calor, frío, miedo, esperanza, ganas de correr, de dormir, de llorar, pero, sobre todo, de estar conmigo. Todo este tiempo ciertamente he venido juzgando lo que amo y todo lo que me hace sentir […], sin darme cuenta de que toda la energía me lleva a un espacio en el que debo estar […]”;
- “Siento que debo conectarme más con el instrumento y no tocar por tocar […]. Pienso que debo abrazar el sentimiento de relajación y confianza”;
- “Los escenarios están en todos los lugares, no son exclusivamente tarimas de teatros, ni salones inmensos […]. Las manos son creadoras […], así que deben apreciarse y cuidarse como elemento de creación, transformación, e incluso de destrucción […]. Los colores son una herramienta para relajar, calmar y totalizar las experiencias […]. Tener los ojos cerrados permite introducirse en ambientes menos violentos, lo que es ideal […].”

Por otra parte, es importante mencionar que en la sexta sesión del proceso se implementó por única vez una técnica de artes mixtas, incluyendo, desde la musicoterapia, el método receptivo y el de improvisación y vinculando las artes plásticas desde el dibujo. Durante esta sesión, se buscó promover la expresión emocional en los participantes, así como reforzar la sensación de “sentirse parte de” o, en otras palabras, no sentirse solos en las vivencias de APM, lo último, usando como medio el fortalecimiento de la empatía.

En la Figura 4-6 se muestran los dibujos realizados por las dos personas del grupo 2 que asistieron a esta sesión y por el único asistente del grupo 1. Estos dibujos fueron generados a partir de un baño sonoro y fueron estímulo para una improvisación individual intercambiada en el caso del grupo 2, sobre la cual se profundizará más adelante, y para una expresión escrita en la que el participante describió sus experiencias durante la actividad de musicoterapia receptiva, en el caso del grupo 1.

Figura 4-6. Productos de la implementación de la técnica de artes mixtas involucrando el método receptivo.

A **B** **C**

A: Dibujo realizado por un participante del grupo 1; **B** y **C:** Dibujos realizados por participantes del grupo 2.

El análisis de los dibujos de los participantes del grupo 2 (Fig. 4-6 B y C) se profundizará en el capítulo de musicoterapia a través del método de improvisación. Por su parte, participante del grupo 1 describió su dibujo (Fig. 4-6A) en las siguientes palabras:

> Empecé dibujando unas olas que se chocaban con una roca porque el sonido emulaba esa imagen, después empezó a sonar un cuenco y ese sonido me hizo pensar en la luz de un faro que iba girando y que tal vez podría guiar a un barco perdido, el siguiente sonido que apareció me hizo pensar en una persona que espera en la punta del acantilado y, por último, dibujo una rana que croa y espera que baje la marea, ya que quedó atrapada entre las rocas.

Finalmente, de acuerdo con todo lo expuesto en este capítulo, puede decirse que las actividades de musicoterapia receptiva facilitaron en los participantes procesos de introspección que, en general, los llevaron a estados de relajación y les permitieron reconocerse en su quehacer profesional.

4.3.2.1.2 Musicoterapia a través del método de re-creación

Como se mencionó anteriormente, el método de re-creación se implementó una única vez con cada grupo a lo largo del proceso de musicoterapia. En la sesión en la que se implementó, se llevó a cabo como una trama de canciones durante el caldeamiento y fue la preparación para una actividad de parodia de canción en la fase central, basada en canciones que hicieran sentir bien a los participantes.

En ambos grupos, la actividad de re-creación fue recibida con entusiasmo y permitió a los participantes interactuar desde una zona de comodidad, quizás por el hecho de que no debían seguir ninguna consigna en la forma de hacer la música, sino simplemente escoger canciones de su agrado y cantarlas o tocarlas desde cualquier instrumento con el que se sintieran cómodos.

Esta actividad generó integración en el interior de cada grupo y le permitió a cada participante interactuar más espontáneamente desde su forma de ser. Es decir, al no haber más consignas que escoger canciones, reproducirlas y re-crearlas, los participantes fueron más espontáneos en su aproximación a la actividad que en las ocasiones en que debían seguir consignas a pesar de sentirse o no cómodos con la propuesta.

Así, algunos participantes, más extrovertidos, fueron más propositivos en cuanto a canciones y aspectos relacionados con la música que se estaba re-creando, promoviendo que todo el mundo pudiera participar por igual. Algunos cantaron con voz más alta, simulando micrófonos con las manos o los instrumentos y haciendo gestos faciales al cantar que denotaban placer en la actividad. En uno de los grupos, un par de participantes se pararon a bailar.

Otros participantes, menos extrovertidos, se enfocaron más en aprovechar los instrumentos armónicos para entender la armonía de las canciones y aportar desde ahí. Otros, se mostraron como seguidores y se centraron en reproducir la armonía de las canciones en instrumentos que se los permitieran, siguiendo a otros compañeros.

Más allá de lo mencionado sobre el disfrute de la actividad, evidenciado en movimientos corporales, gestos faciales y expresión verbal, y sobre la expresión libre de personalidades extrovertidas e introvertidas, líderes y seguidoras, no fue mucho más lo que pudo observarse a través de este método, ya que no se le dio prioridad durante el proceso.

4.3.2.2 Productos musicales a través de los métodos de improvisación y composición

La improvisación y la composición fueron los principales métodos de la musicoterapia que se implementaron durante el proceso con el fin de promover la expresión musical de los participantes. En la mayoría de las sesiones, estos métodos se involucraron como parte de la fase central y, bien fuera ambos, o uno de los dos, estuvieron presentes en todas las sesiones del proceso, a excepción de la primera, en la cual se realizaron únicamente actividades de musicoterapia receptiva.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de los métodos de improvisación y composición, cuyos productos musicales fueron analizados según lo descritos en el capítulo de Metodología, e involucrando las explicaciones realizadas por los participantes sobre ellos.

4.3.2.2.1 Musicoterapia a través del método de improvisación

El método de improvisación se implementó en 5 sesiones de las 9 que se realizaron con cada grupo (56 % de las sesiones por grupo). Como se describe en el Anexo B, las actividades de improvisación se distribuyeron a lo largo de todo el proceso de musicoterapia, de modo que pudiera analizarse el progreso de los participantes y el grupo a lo largo del mismo.

Las improvisaciones se realizaron de manera individual, grupal y en duetos y es importante resaltar que, en varios casos, se implementó el método más de una vez durante una misma sesión. Por ejemplo, en varias sesiones se realizaron improvisaciones tanto individuales como grupales y en una se realizaron improvisaciones en duetos y grupales. Así, en total, se realizaron 9 actividades de improvisación con cada grupo, siendo este el método implementado con mayor frecuencia a lo largo del proceso.

De las 9 actividades de improvisación realizadas con cada grupo, 4 fueron de manera individual, 4 fueron grupales y 1 fue en duetos; 2 fueron no referenciales y el resto referenciales; y 3 fueron directivas y el resto no directivas. Los Anexos K y L describen las características generales de las improvisaciones realizadas durante el proceso de musicoterapia.

En la Tabla 4-7 a continuación, se plasman las observaciones generales del análisis cualitativo final de las improvisaciones, las cuales fueron extraídas de la matriz de análisis usada durante todo el proceso de musicoterapia con base en el planteamiento de Bruscia (2001). Dicho análisis se realizó desde la perspectiva de proceso a partir de lo descrito para cada sesión y se encuentra detallado en el Anexo M.

Tabla 4-7. Observaciones generales extraídas del análisis final de las improvisaciones desde la perspectiva de proceso.

OBSERVACIONES GENERALES
La improvisación musical, como método de la musicoterapia, expuso a los participantes a experimentar *in situ* sensaciones de APM; esto, se evidenció en los gestos corporales y expresiones faciales generados durante las improvisaciones, los comentarios verbales y reportes escritos sobre las actividades e, incluso, en los productos musicales, que ocasionalmente fueron cortos y aparentemente no profundizaron en las referencias dadas o la expresión personal. En el caso de las improvisaciones en dueto o grupales, a lo anterior se sumó la sensación de responsabilidad por participar de manera "adecuada" en el producto musical grupal. Sin embargo, la vivencia de estas sensaciones se contrarrestó, en muchos casos, con la tranquilidad que le dio a los participantes el estar tocando instrumentos no muy conocidos para ellos o sentirse en un espacio seguro para equivocarse. Por otro lado, puede decirse que, en el caso de muchos participantes, las improvisaciones fueron una herramienta útil para deconstruir esquemas mentales sobre la estética y la estructura de la música. Algunas personas mencionaron que se habían sentido bien durante estas actividades grupales por lograr productos musicales agradables a pesar de no acordar nada previamente en el grupo en cuanto a los elementos de la música. Otro aspecto que apareció como desafío y como aprendizaje a raíz de las actividades de improvisación fue el ser conscientes de la interacción en grupo desde la comunicación musical. Los participantes mencionaron espontáneamente este factor en varios de los comentarios sobre las improvisaciones (bien fuera por haber sentido falta de comunicación o por haber sentido mejoría en la misma con respecto a improvisaciones anteriores). Así, pudo observarse un rol de la improvisación musical como herramienta útil no solo para tratar la problemática de estudio, sino para confrontar a los participantes con otras experiencias del quehacer musical que pueden aportar en sus sensaciones de APM (por ejemplo, las ideas de estructuras musicales inmutables) o de las que pueden estar perdiéndose por causa de esta ansiedad (por ejemplo, la comunicación musical con otros). A partir de todo lo anterior, es posible evidenciar la importancia del método de improvisación durante el proceso de musicoterapia.

Como parte de los comentarios realizados por los participantes acerca de las actividades de improvisación, algunas de las palabras mencionadas que, según ellos, resumirían las experiencias, fueron: experiencia, confianza, amor, liberación, capacidad de expresión, contemplación, expresión, sentimientos, soltar e imaginar.

Igualmente, como parte de los comentarios sobre las actividades de improvisación, en el comienzo del proceso algunos participantes manifestaron que no estaban acostumbrados a expresar a través de

la música y que les costaba pensar en eso al tocar; mientras que al final del proceso, las invitaciones a expresar algo puntual a través de la música eran mejor recibidas y las preguntas posteriores, sobre si sentían que sus productos musicales habían representado bien lo que ellos pretendían mostrar, eran respondidas espontáneamente, sin manifestar dificultades para encontrar respuestas precisas.

De las improvisaciones individuales se resaltan varios comentarios relacionados con la confianza que los participantes adquirieron hacia las sesiones de musicoterapia para hacer música sabiendo que seguramente iban a equivocarse (en sus palabras), pero sintiendo la tranquilidad de poder hacerlo sin ser juzgados (también en sus palabras). Por ejemplo, se resaltan los siguientes comentarios:

- "me sentí como en la confianza de equivocarme";
- "me sentí como en un espacio tranquilo y seguro donde no iba a sentir que me iban a juzgar".

De las improvisaciones grupales, se resaltan comentarios a través de los cuales los participantes manifestaron haber reconocido la importancia de hacer música despegándose un poco del pensar y acercándose más al sentir; por ejemplo, se resaltan los siguientes comentarios:

- "al comienzo [me sentí incómodo], porque no sabía qué hacer, pero después ya no me importó. O sea, dejé de pensar y ahí ya todo salió bien";
- "siempre tenemos como la lógica y el lado racional que no nos deja expresar, entonces […] personalmente creo que debería bajarle a eso, porque se me olvida que la música es la música".

Por otra parte, como se mencionó en el capítulo de musicoterapia a través del método receptivo, en la sexta sesión del proceso se implementó la técnica de artes mixtas, incluyendo musicoterapia receptiva y de improvisación y vinculando las artes plásticas desde el dibujo, y se hizo enfocada en promover la expresión emocional en los participantes y reforzar la sensación de no sentirse solos en las vivencias de APM, usando como medio el fortalecimiento de la empatía.

En el caso del grupo 2, luego de la realización del dibujo individual a partir de las experiencias de la actividad de musicoterapia receptiva, se invitó a cada participante a hacer una improvisación individual basada en el dibujo de la otra persona. A partir de esta experiencia, se resalta la sensación de entendimiento y comunicación que manifestaron los participantes entre ellos al final de la sesión, debida a que sintieron reflejado su dibujo en la improvisación musical del otro, de acuerdo con lo descrito por cada uno sobre su intención en la improvisación. Igualmente, se resalta el esfuerzo que cada uno mencionó que hizo por respetar el dibujo del otro, esforzándose en las improvisaciones musicales por plasmar lo más objetivamente posible lo que veían en los dibujos.

Referente a esto, se resaltan los siguientes comentarios, en los que se denota la sensación de sentir partes del dibujo propio reflejadas en la música del otro, entendiendo que el dibujo propio plasmaba sensaciones personales experimentadas durante el baño sonoro y que la música del otro buscaba justamente reflejar lo observado en el dibujo:

- Participante 1:

  "Me gustó por ejemplo cuando [participante 2] tocó, porque algo que sí fue claro fue el río; o sea, yo sentí un río y yo lo siento con el palo de lluvia, entonces fueron instrumentos que más les presté atención y pues justamente el palo de lluvia fue con el que [nombre] inició".

- Participante 1:

  "Me pasó que cuando yo traté de interpretar el dibujo de [participante 2] […], estos picos negros eran como algo que te impactara, que te sacara de la musiquita, entonces eso yo lo intenté hacer con el tamborcito".

  Participante 2:

  "Pues de hecho yo sentía que el tambor era como lo oscuro, porque […] siempre que tocabas el tambor me incomodaba porque yo solo quería escuchar armónicos".

- Participante 2:

  "Ahora me siento más conectado con este dibujo" (el del participante 1).

Además de esto, se resalta la siguiente reflexión de uno de los participantes, generada a partir de las actividades de la sesión, en la que se denotan pensamientos que pueden estar relacionados con la APM y que fueron dejados de lado durante la sesión:

- "No me importó mucho si se vio bonito o no, que es lo que siempre me ha afectado. Entonces me sentí como más relajada, pero se siente bien que me valga".

Finalmente, de manera general acerca de las actividades con el método de improvisación, puede decirse que estas enfrentaron *in situ* a los participantes a sensaciones relacionadas con la APM, los sacaron de su zona cómoda, e, igualmente, los confrontaron con esquemas mentales sobre "lo correcto" en la música, logrando, de esta manera, mostrarles nuevas formas de enfocar sus *performances* musicales, ampliar sus zonas de comodidad con la música y cambiar el enfoque de sus pensamientos hacia ideas alentadoras.

4.3.2.2.2 Musicoterapia a través del método de composición

Como se mencionó en el capítulo de resultados sobre el proceso de musicoterapia realizado, se hicieron actividades de composición en 4 de las 9 sesiones con cada grupo (44 % de las sesiones).

Estas ocurrieron en las sesiones número 3, 5, 8 y 9 (Anexo B), cubriendo así todas las etapas del proceso con este método, de modo que pudiera analizarse el progreso de los participantes y el grupo a lo largo del mismo.

Con el grupo 1, todas las actividades de composición se realizaron de manera individual; mientras que con el grupo 2 las dos primeras fueron individuales, la tercera se hizo en grupos y la última se realizó en duetos. La modalidad varió entre los grupos debido a la asistencia incompleta del grupo 1 en una sesión y al planteamiento de la fase central de la última sesión, en la que se dio a escoger a cada participante entre componer o improvisar, con lo cual en el grupo 1 solo un participante escogió componer, mientras que en el grupo 2 las personas que eligieron esta modalidad pudieron distribuirse en parejas.

En los resultados observados a partir de este método de la musicoterapia influyó la constancia en la asistencia de los participantes a las sesiones; por ejemplo, en el grupo 2 todos los participantes estuvieron presentes en al menos una de las sesiones donde se realizaron composiciones individuales y todos estuvieron en ambas sesiones donde se hicieron composiciones en duetos o grupales; mientras que en el grupo 1, 4 personas participaron en 2 actividades de composición y las otras 3 participaron solo una de ellas.

En cuanto a las composiciones individuales, puede decirse que fueron variadas y diversas entre los participantes; algunos se expresaron desde la música instrumental, explicando posteriormente el sentido de sus composiciones, otros se expresaron desde los versos, manifestando que se tomarían más tiempo para musicalizarlos, otros compusieron canciones y otros compusieron incluso desde el dibujo, explicando también posteriormente el sentido de sus creaciones. De este modo, la técnica de artes mixtas surgió de manera espontánea por parte de uno de los participantes durante en una de las actividades de composición.

Por otro lado, en cuanto a las composiciones en duetos o grupos, las cuales se realizaron únicamente con el grupo 2 por las razones antes expuestas, puede decirse que, aunque también generaron productos diversos, unos como canciones y otros como piezas instrumentales, estos fueron más homogéneos que las composiciones individuales. En ellos, se evidenció la participación activa de todos los integrantes involucrados, vinculando ideas de todos y generando roles activos de todos durante las presentaciones de los temas compuestos.

Para el grupo 1, no se pueden abordar las actividades de composición analizando si hubo o no transformaciones en los productos a lo largo del proceso, dado que la asistencia de los participantes en este grupo fue intermitente y, como se mencionó anteriormente, ninguna persona estuvo presente en más del 50 % de las actividades de composición.

Por el contrario, en el grupo 2 pudieron notarse algunos cambios en el abordaje de las actividades de composición por parte de los participantes a medida que avanzó el proceso de musicoterapia. Por ejemplo, las composiciones durante la primera actividad con este método de la musicoterapia fueron menos centradas, a pesar de contar con consignas guía por parte de la musicoterapeuta; las letras o las explicaciones verbales de las composiciones sin letra divagaron más; e, incluso, uno de los participantes no quiso compartir su composición con el grupo ni con la musicoterapeuta.

En la segunda composición, los productos musicales estuvieron más enfocados a la consigna guía y, por lo tanto, al objetivo de la actividad; sin embargo, esta actividad también presentó desafíos para algunos de los participantes, uno que no compartió su composición con el grupo, pero sí con la musicoterapeuta, y otro que al final manifestó limitarse en la creación de la letra por sentir que así se expondría mucho ante los demás, siendo esto algo difícil e incómodo para él.

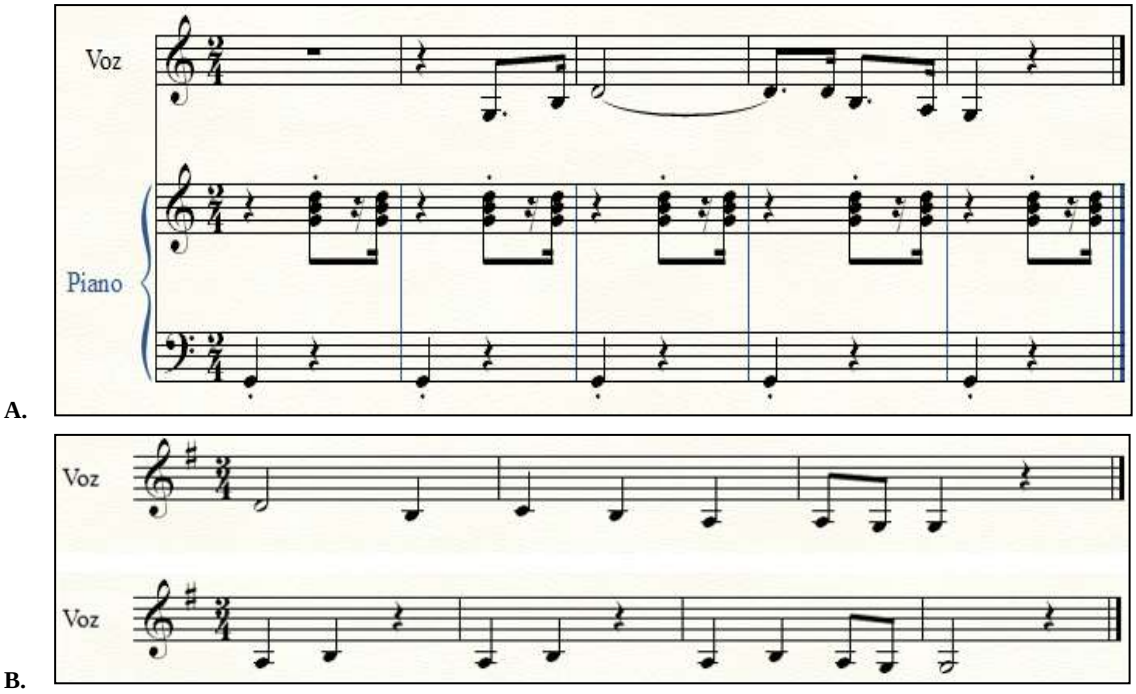
A diferencia de esto, en las últimas dos composiciones en este grupo, como se mencionó anteriormente, todos los participantes se involucraron de forma activa, aportando ideas para las creaciones y tocando de manera expresiva durante la muestra de los productos musicales. En esas ocasiones, los participantes, no solo aceptaron mostrar sus creaciones musicales ante los otros, sino que, además, manifestaron haber disfrutado mostrarlas y hablaron sobre ellas con agrado y sentido de pertenencia.

Primera actividad de composición del proceso de musicoterapia

En la primera composición, realizada bajo la consigna de plasmar las sensaciones evocadas en la fase previa de la sesión (en la que se realizó una actividad de musicoterapia receptiva), la mayoría de las letras de las canciones compuestas reflejaron una introspección profunda en torno al tema y otras reflejaron una sensación de debate entre buscar disfrutar la música en libertad y enfrentarse a sensaciones y pensamientos displacenteros de incomodidad, insatisfacción o frustración al tocar.

De las composiciones que contaron con letra, una fue presentada con voz cantada y acompañamiento en el teclado, siendo este el instrumento principal del participante que compuso esta canción; otro participante cantó su canción *a capella*, siendo su instrumento principal la voz, y otro la presentó con voz hablada y acompañamiento armónico en guitarra. A continuación, se muestra la transcripción de los motivos rítmicos, melódicos o armónicos de dos de ellas (Fig. 4-7). La transcripción de las melodías completas y las letras están consignadas en el Anexo N.

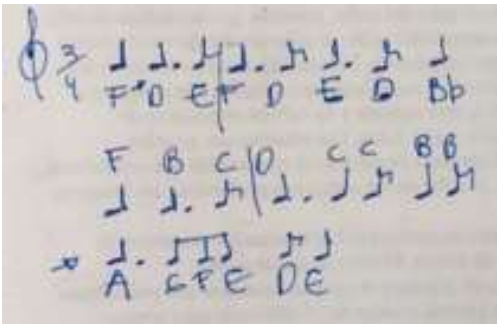
Figura 4-7. Transcripción de motivos de algunas canciones compuestas de manera individual en la primera actividad de composición.

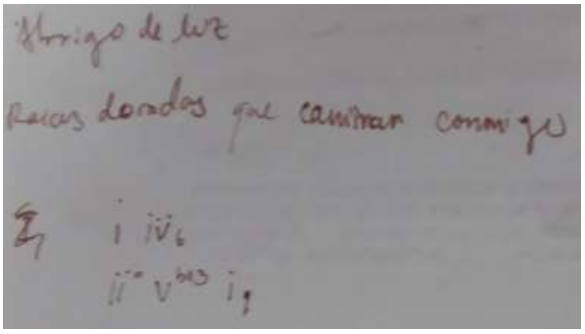


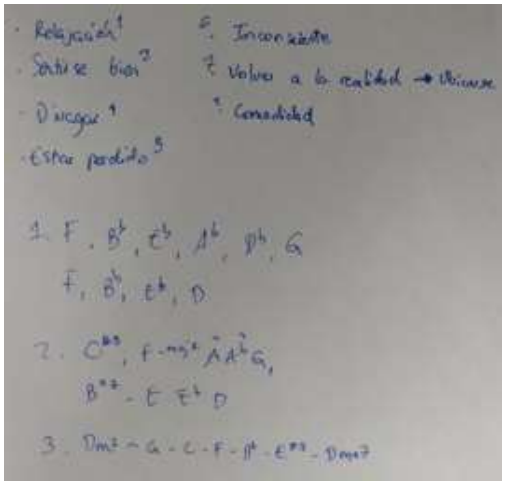
A. Motivo melódico y armónico de la composición 1; **B**. Motivos melódicos principal y secundario de la composición 2.

Además de estas, 3 participantes realizaron composiciones instrumentales sin letra, cuyas descripciones musicales se muestran a continuación (Fig. 4-8). Una fue presentada como grabación de teclado en una aplicación de celular, otra fue presentada en teclado en vivo, siendo piano el instrumento principal del compositor, y otra fue tocada en guitarra, también el instrumento principal del autor.

Figura 4-8. Descripción armónica de algunas composiciones instrumentales realizadas de manera individual en la primera actividad de composición.

1. 

2. 

3. 

Uno de los autores de estas composiciones comentó que hizo una serie armónica usando acordes que representaran ideas que sobresalieron para él durante la actividad anterior, de modo que representó en los acordes ii° y Vb[13] las frases “abrigo de luz” y “raíces doradas que caminan conmigo”, respectivamente, reposando finalmente en el acorde “i” de la tonalidad Am. Otro de los participantes explicó que había sintetizado mediante una serie de acordes lo que sintió durante la actividad anterior, buscando recrear en ellos las emociones que experimentó en tres fases: 1. relajación y tranquilidad, 2. divagar sintiéndose perdido y 3. “volver a la realidad”.

Otro participante realizó un dibujo en esta primera actividad de composición (Anexo O) y, sobre él, dio la siguiente explicación:

> Dibujé una mano […] y me puse a pensar en todas esas cosas que a través de mi cuerpo puedo expresar […]; en cada dedo está reflejada cada una de esas cosas. Aquí […] representé la delicadeza de la música. También representé lo bello de esta cuando a través de la música y con mi cuerpo puedo expresar algo bello […]. Y

> la sabiduría que he acumulado durante muchos años […], la concentración […]. Y muchas veces también hay momentos rudos, de dureza".

Finalmente, además de un participante que no compartió su producto con el grupo ni con la musicoterapeuta, otros dos participantes compusieron estrofas sin música, las cuales se muestran a continuación:

Composición sin música No. 1:

"Tocar, cantar y sin pensar
se hace difícil sanar.
A veces no pensar es lo mejor
y sí poder expresar.

Dejar de pensar es difícil,
ero se puede disfrutar
cerrando los ojos y ser
lo que nuestro corazón será"

Composición sin música No. 2:

"Inmerso en el suelo de lana mientras la luz del sol navega y derrite mis muros de hielo, mi calma se alborota, mis sentidos temen por culpa de la grandeza que mis manos reclaman. Mis tensiones y ataduras se mueren de risa y yo me río con ellas. He sido flexible con mis caprichos y con la inocencia de mi alma".

Segunda actividad de composición del proceso de musicoterapia

La segunda composición se realizó como una parodia de canción en la que cada participante se basó en una canción que le generara sensaciones agradables y transformó su letra para volverla una dedicatoria a sí mismo, que le sirviera de soporte para los momentos en que aflore la APM. En esta composición, los productos musicales fueron más homogéneos entre el grupo, quizás en parte por deberse a una parodia de canción y por provenir de una consigna más limitada que en la actividad antes descrita.

Las canciones trabajadas fueron las siguientes:

- Submarino, de Juliana Velásquez
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=ulVcIaoNLX8);
- Tan solo he venido, de Juan Luís Guerra
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=Jq0JuM6xquk);
- La grasa de las capitales, de Serú Girán
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=FV-WVYcgR7E);
- *Stronger than me*, de Amy Winhouse

(Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=7CYE0DYIbaw);

- Ayer me dijo un ave, de Caifanes
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=5zqZ4N1mDa4);
- Que no quede huella, de Rodolfo Aicardi, en la versión de Lalo Brito
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=7NlXw5L7D0U);
- Noches de fantasía, de Roberto Antonio, en la versión de Álex Bueno
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=YaFIUJqLhz4); y
- No llora, de Cuarteto de Nós
  (Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=7xe3i1-tFRo).

Al preguntarle a los participantes cómo se sentían con estas canciones transformadas por ellos mismos como dedicatoria a sí mismos, algunos manifestaron que fue una actividad desafiante por enfrentarlos directamente a su inseguridad asociada a la APM y por revivirles las sensaciones incómodas que les produce esa inseguridad; otros manifestaron que fue una actividad conmovedora, de ayuda o bonita y comentaron que habían sentido que recibían mensajes a través de las canciones transformadas y dedicadas a sí mismos.

Las letras de las canciones transformadas se muestran en el Anexo P; para ellas no se realizó transcripción musical, ya que ningún participante hizo cambios sobre la música de la canción, por lo tanto, todos los elementos musicales se mantuvieron a partir de las piezas originales. Dos participantes presentaron sus canciones cantándolas *a capella*, siendo la voz el instrumento principal de uno de ellos y no del otro; dos las cantaron acompañándose en el teclado, siendo este el instrumento principal de uno de ellos y no del otro; y los otros cuatro recitaron las letras sin cantarlas ni acompañarse instrumentalmente.

Como parte de los comentarios de los participantes sobre la sensación que les producían las canciones transformadas y dedicadas a sí mismos, se resaltan los siguientes fragmentos:

- "Me siento conmovido […]. Al principio yo estaba así ¿y cómo voy a hacer eso? […], se me hizo bonito, se me hizo fácil";
- "Yo estaba muy cohibido […], bacano el ejercicio, me gustó […] y pues ayuda";
- "La canción por sí sola me hace como un "apapachito" y poder darle esos pequeños toques de "me estoy hablando directamente a mí" […] es muy bonito, es muy chévere, muy agradable también";
- "Bien, sí, es como lo que busco […] como estar pidiendo que no quede huella de esto que siento";

- “Decidí hacerla en inglés para que no doliera tanto, no me tomo en serio el inglés […], no entendí lo triste que era hasta que lo leí en español. Sino que todavía me falta salir de ahí”;
- “Creo que en la letra es como obvio el mensaje que trata de transmitir y es como evitar que todas las cosas del mundo me hagan caer”;
- “Lo que a mí me transmite que dice es que a pesar de todo lo malo y de los miedos y las cosas que lo jalan a uno a no hacer lo que realmente le gusta, que a pesar de eso hay que seguir, hay que volar”.

Tercera actividad de composición del proceso de musicoterapia

Esta actividad se realizó con diferentes enfoques entre el grupo 1 y el grupo 2: mientras que en el último se realizaron dos composiciones por grupos siguiendo la planeación de la sesión, en el grupo 1 se realizó una única composición individual, enfocada en atender el emergente de la asistencia de un único participante a la sesión.

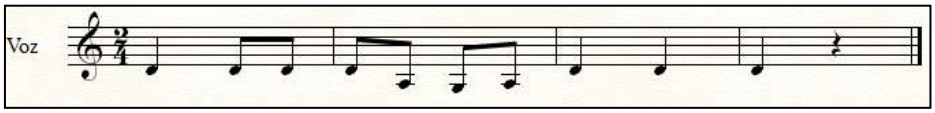
En ambos grupos se manejó la composición como parte de una actividad de pregunta respuesta; en el grupo 1, se planteó la composición como la “respuesta” a lo experimentado durante una actividad previa de improvisación, que se tomó como la “pregunta”; en el grupo 2, se plantearon las composiciones como las “respuestas” a las sensaciones incómodas experimentadas durante sesiones anteriores del proceso y esas sensaciones se tomaron como las “preguntas” de la actividad.

En el grupo 1, el participante manifestó querer hacer uso de la voz cantada, por lo cual esta se incluyó de manera libre en la actividad de improvisación usada como “pregunta” para la actividad e, igualmente, hizo parte de la composición a modo de “respuesta”.

De acuerdo con lo comentado por este participante, su composición inició desde la melodía, quiso hacerla modal e inició explorando el teclado disponible en el *setting* “yendo por todo lado”, como él lo afirmó. En cuanto a la letra, el participante manifestó que quiso hablar sobre los pensamientos que le llegaron durante la actividad previa, los cuales estuvieron relacionados con recordar lo lindo que él vivió del campo durante su infancia y, asociado a ello, la crisis actual del agua.

En la Figura 4-9 se muestra la transcripción del motivo rítmico y melódico de la composición, la cual fue presentada con voz *a capella*, sin ser este el instrumento principal del compositor. La transcripción de la composición completa y su letra se encuentran consignadas en el Anexo Q.

Figura 4-9. Transcripción del motivo rítmico y melódico de la canción compuesta por un participante en la tercera actividad de composición del proceso de musicoterapia.



A continuación, se registra la explicación que el participante dio sobre su composición:

> Todo esto es modal, pero quería que fuera pasando por cosas y modificándose de a poquitos en la armonía hasta que fuera bastante más oscura. […] Esos cambios modales son complicados, […] no son fáciles de cantar ni ubicar porque son muy inestables y esa es la idea también. Estaba pensando […] que, bueno, ahora mismo estamos en crisis del agua, entonces dije "todo lo lindo que yo me acuerdo que era de mi infancia y todo esto y el campo […], no sé si la gente actualmente lo vive así, si hay las mismas quebradas que yo vivía, si hay los mismos animales que yo vi, los mismos sonidos que escuché, todo lo mismo; no sé si haya, en muchas partes habrá y en muchas partes dejará de haber sido así". Me acuerdo mucho de todo eso, demasiado natural, cuando uno dormía y escuchaba los insectos; todo eso yo no sé si en muchas partes sigue siendo así, yo siento que sí, pero no sé por cuánto tiempo seguirá siendo así. Entonces pensé en todo eso bonito […]

Por otro lado, en el grupo 2, luego de hacer una actividad breve de musicoterapia receptiva para recordar las sensaciones incómodas vividas en la sesión anterior o alguna sesión previa, a cada participante se le dio a escoger entre los siguientes dos títulos, según el que lo hiciera sentirse más conectado en el momento: “Yo puedo equivocarme” y “La perfección no es música”.

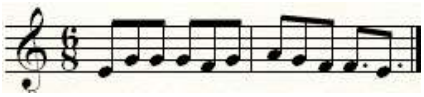
La elección de título fue la forma en que se crearon los grupos para realizar composiciones y estas se hicieron bajo la consigna de responderle en grupo a esas sensaciones incómodas por medio de una canción titulada según el la frase escogida. Otras consignas fueron que todos los participantes de cada grupo aportaran ideas para la canción respectiva y que debía escucharse la voz cantada de todos en el producto final.

Tres participantes escogieron el título “Yo puedo equivocarme” y los cinco participantes restantes escogieron el título “La perfección no es música”. La primera canción se compuso involucrando un palo de agua, un tambor pequeño con baquetas, un xilófono diatónico en C, dos maracones y las voces de los participantes, además de la de la musicoterapeuta, que participó siguiendo instrucciones de los participantes, dado que el grupo era más pequeño. La segunda canción involucró el teclado,

una guitarra, un tambor alegre, capachos, palo de agua, ranita de madera y las voces de los participantes.

La canción “Yo puedo equivocarme” fue compuesta con aires de mapalé y tuvo la siguiente estructura: inició el palo de agua haciendo una introducción, luego se unió el xilófono con una melodía relativamente lenta y descendente, también a modo de introducción, y después, el mismo xilófono conectó la melodía introductoria con la exposición del motivo melódico principal (Fig. 4-10) en un *tempo* un poco más rápido.

Figura 4-10. Transcripción del motivo melódico de la canción “Yo puedo equivocarme”



Al final de la primera exposición del motivo, se unió el tambor entrando con un ritmo de apertura que repitió un par de veces y se unieron dos maracones marcando pulsos de compás en métrica de 3/4, con lo que se generó una polirritmia como base de la canción; después de esto, el xilófono y los maracones se mantuvieron en lo hasta aquí descrito y, en adelante, el tambor tocó la base rítmica del tema. Luego de algunas repeticiones de la base instrumental, se unieron las voces con la letra de la canción.

De acuerdo con el ritmo de la canción, la letra estuvo constituida por frases que exponía una voz líder masculina (realizada siempre por el mismo participante) y eran inmediatamente repetidas en coro por una voz masculina y una voz femenina; la canción contó con dos estrofas cuyas melodías se presentaron como variaciones del motivo melódico expuesto inicialmente por el xilófono.

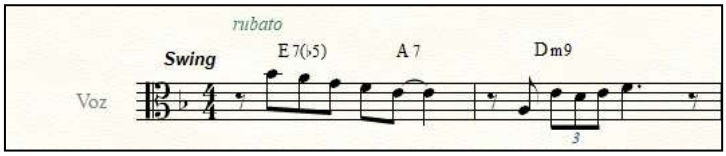
Durante las estrofas, el xilófono tocó la misma melodía que cantaban las voces; luego de exponer las dos estrofas, las voces se callaron, la base de percusión continuó con el tambor variando ocasionalmente el patrón rítmico y el xilófono hizo una improvisación solo. Luego de la improvisación, los instrumentos volvieron a su base, el xilófono tocó nuevamente el motivo de la canción y, tras esta exposición, entraron nuevamente las voces repitiendo la primera estrofa completa, la mitad de la segunda y, para finalizar, la primera frase, con la cual concluyó la canción, junto con un cierre súbito de la percusión.

Cabe resaltar que en esta canción ninguno de los tres participantes estaba tocando su instrumento principal. La transcripción de la melodía base de las estrofas y la letra de la canción se encuentran consignadas en el Anexo R.

Por su parte, la canción “La perfección no es música” fue compuesta con aires de *swing jazz* y tuvo la siguiente estructura: inició la guitarra haciendo una introducción en la que expuso brevemente la base rítmico armónica de la canción, se fueron uniendo los capachos y el tambor, acompañando si marcar un patrón rítmico claro.

Al terminar la introducción, inició la estrofa, la cual se expuso de manera rubateada, sin un patrón rítmico establecido. Luego entraron las voces, haciendo de manera flexible la melodía, cuyo motivo se describe en la Figura 4-11; se unió el teclado exponiendo acordes en bloque, generalmente en los tiempos 1 y 3 del compás, aunque también con flexibilidad; la guitarra hizo adornos sobre los acordes expuestos por el teclado; y la percusión acompañó de manera libre, involucrando el palo de agua y el tambor alegre.

Figura 4-11. Transcripción del motivo melódico y armónico de la canción “La perfección no es música”.



Al llegar al coro, el palo de agua salió nuevamente y entraron los capachos y la ranita de madera; todos los instrumentos presentes empezaron a tocar con un ritmo establecido con aires de *swing jazz*. El coro fue compuesto por dos frases intercaladas, ambas repetidas cuatro veces; la primera frase siempre cantada por dos voces femeninas y la segunda por tres voces masculinas. Luego del coro, siguió otra estrofa con la misma estructura musical descrita para la primera y luego nuevamente el coro, en el que, al final, las voces femeninas hicieron improvisaciones sobre la base instrumental y las voces masculinas constantes.

En esta canción, dos participantes tocaron sus instrumentos principales: el tecladista y el guitarrista. La letra de la canción, así como la transcripción de la melodía del coro y del tema principal de las

estrofas, están consignadas en el Anexo S. El tema principal de las estrofas se expuso en la primera, mientras que en la segunda se hizo una variación del mismo, con ligeros cambios realizados principalmente para ajustar la letra.

Con respecto a esta actividad de composición, algunos participantes manifestaron haberse sentido cómodos con el tema y con el trabajo en grupo, mientras que otros afirmaron que dar inicio al trabajo en grupo había sido desafiante por falta de concentración o conexión para la actividad, pero que, al final, se habían sentido satisfechos con el producto creado.

En cuanto a la forma de abordar las composiciones, uno de los participantes del grupo que compuso "Yo puedo equivocarme" mencionó que intentaron abordar la composición como "una exploración como niños", reflejando la etapa en la que el ser humano está "empezando a aprender cualquier cosa […] y a partir de ahí ir creciendo en la música para mostrar un poco el crecimiento del ser humano". Igualmente, mencionó que se habían propuesto que la composición sonara como algo típico, teniendo en cuenta los instrumentos que tenían disponibles: xilófono diatónico, maracones, tambora pequeña y voces.

Este participante mencionó que, finalmente, decidió tomar el liderazgo para organizar al grupo en la composición (a pesar de que inicialmente no quería tomar ese rol), porque sintió a sus compañeros desenfocados y bloqueados por pensamientos de comparación con el otro grupo. De los otros dos compositores de este tema, uno mencionó que fue difícil empezar porque al principio no se entendían dentro del grupo y no sabían qué hacer, pero que después para él fue más fluído proponer desde la melodía y desde la letra. El otro afirmó que hubo un liderazgo claro por parte de uno de sus compañeros.

Los integrantes del otro grupo, quienes compusieron la canción denominada "La perfección no es música", afirmaron que para ellos el proceso de composición en grupo fluyó de manera más fácil, varios dijeron que también se sentían distraídos por la música del otro grupo y tuvieron que concentrarse en la suya y no dejarse llevar. Tres de los cinco participantes se enfocaron en componer la letra, uno de ellos se encargó, además, junto con otro integrante, de generar la base rítmica o, en sus palabras, "el ambiente", mientras el compositor restante proponía la armonía.

Uno de los participantes mencionó el liderazgo claro por parte de otro y relató que se sintió contento porque aportó palabras a la letra en vez de tomar una actitud seguidora y un rol de seguir indicaciones, como, según él, usualmente lo hace.

Como parte de las vivencias a partir de esta actividad de composición, los participantes resumieron de manera verbal la experiencia en los siguientes conceptos: “trabajo en grupo”, “creación”, “entendimiento por medio de la música”, “conexión”, “renacer”, “aprender del otro” y “colaboración” y, además, expresaron por escrito los comentarios citados a continuación:

- "La actividad de hoy fue importante para el entendimiento, colaboración y trabajo en grupo, entendiendo principalmente en que en la música, como en todo en la vida, es importante buscar soluciones, utilizar los elementos que se nos presentan disponibles y salir de nuestra zona de *confort*";
- "El trabajo en grupo, por cosas al azar, terminamos juntándonos 5 personas y en un trabajo en conjunto dimos un resultado óptimo en el cual todos salimos contentos con él";
- "Entendimiento a través de la música. Transmitir, escuchar, aportar, conectar, proponer con los recursos musicales disponibles, ya sea instrumentos o conocimiento musical”;
- "Hoy fue un gran aprendizaje, aprendí de mis compañeros y de la música que creamos en conjunto. Tal vez la música no debería ser juzgada por los errores que comete el intérprete, sino, aceptar la música como es, como cuando acpetamos a una persona";
- "Conexión. Con la creación. Hacia mí misma y los demás. Encontrar una conexión con lo que puede salir de mí y lo que puedo ofrecer”;
- "La creación de algo en conjunto, entender y comunicarse mutuamente con otros y aprender a desarrollar las ideas";
- "Renacer por medio de la experimentación musical. Como ver la música desde un punto menos complejo, como cuando nacimos "musicalmente", como cuando éramos niños".

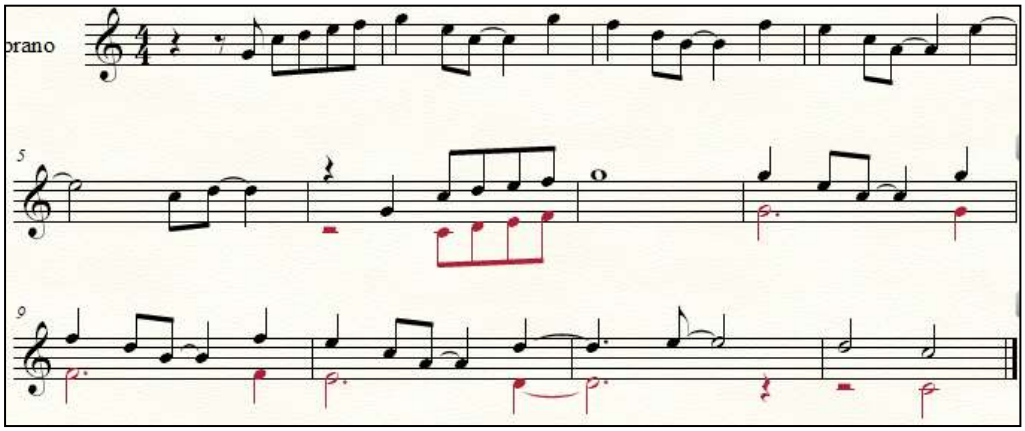
Cuarta y última actividad de composición del proceso de musicoterapia

La última composición del proceso se realizó luego de una actividad de musicoterapia receptiva en la que se hizo un repaso mental de todo lo vivido durante las sesiones de musicoterapia, resaltando las sensaciones agradables experimentadas, las desagradables, la música creada, los desafíos enfrentados, los momentos o situaciones más llevaderas, etcétera.

Con base en esto, se invitó al participante del grupo 1 que eligió hacer composición y a los dos duetos del grupo 2 que eligieron este método, a plasmar en su creación las sensaciones evocadas durante la actividad de musicoterapia receptiva previa, relacionadas con el proceso de musicoterapia que estaba culminando.

El participante del grupo 1 realizó una composición instrumental usando un metalófono diatónico (Fig. 4-12) y comentó que generó su pieza musical pensando en que saliera lo más tonal posible para no perderse, enfocándose en lograr un producto musicalmente agradable y habiendo escogido el metalófono por gusto de su timbre.

Figura 4-12. Transcripción de la composición instrumental realizada por un participante en la penúltima sesión del proceso de musicoterapia.

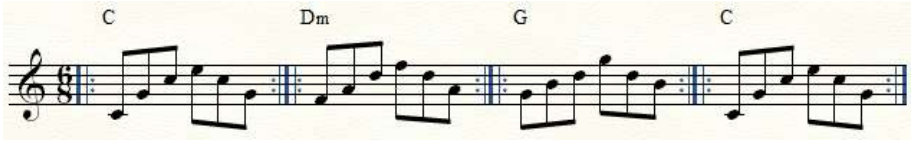


En el grupo 2, las composiciones generadas también fueron instrumentales, es decir, sin letra; una fue realizada involucrando una guitarra y un xilófono diatónico y la otra se hizo involucrando un tambor alegre (usado con o sin una baqueta), un maracón, un tambor pequeño (usado con y sin baquetas), capachos y un *steeldrum* en C. En ningún caso, los participantes involucraron sus instrumentos principales.

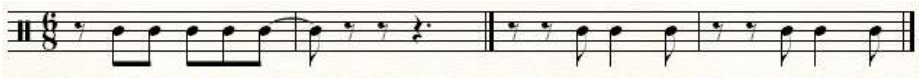
En la primera composición, la guitarra realizó una base armónica tocando en secuencia los acordes I – I – ii – ii – V – V – I – I de manera arpegiada y en tonalidad de C, sin generar variaciones durante la pieza (Fig. 4-13). Sobre esta base, el xilófono tocó una melodía lenta y suave, moviéndose por todo el registro del instrumento sobre la escala de C. En la melodía, fue recurrente el inicio y el final de las frases en el tercer grado de la escala (E) y fueron frecuentes los movimientos por grados conjuntos, tanto descendentes como ascendentes, con aparición de saltos melódicos y sin la exposición de arpegios. Se identificaron dos motivos rítmicos en la melodía, los cuales se muestran en la Figura 4-13 a continuación, siendo predominante el primero.

Figura 4-13. Descripción musical de la composición en dueto con guitarra y xilófono diatónico en C, realizada durante la última actividad de composición del proceso.

Base de acompañamiento de la guitarra.



Motivo rítmico No. 1 del xilófono. Motivo rítmico No. 2 del xilófono.



Ante la experiencia, uno de los participantes comentó que componer era desafiante para él porque implicaba más usar su lado creativo y ese era un aspecto que le costaba mostrar, por lo anterior, tomó la actitud de pedirle apoyo a su compañero de composición para que le diera indicaciones sobre qué hacer y él asumir un rol más seguidor.

El otro participante de este dueto comentó que, como parte de todo el proceso, había sentido la necesidad de enfocarse en recordar la sensación de la niñez, cuando no le daba pena nada, no se avergonzaba de nada, no sentía pánico por nada y simplemente vivía con lo que el mundo le trajera (según sus palabras). A partir de esto, comentó que quiso sentirse así en el momento de tocar y, a través de la composición y la puesta en escena, expresar que, del proceso, se llevaba principalmente esa enseñanza de recordar "qué es lo que somos al fin y al cabo y de dónde venimos" (en sus palabras).

En la segunda composición, uno de los participantes siempre tocó el tambor alegre, a veces usando una mano y una baqueta y a veces usando las dos manos, y tocando casi siempre el motivo rítmico predominante que se muestra en la Figura 4-14 a continuación.

Figura 4-14. Motivo rítmico que predominó en la segunda composición de la última actividad con este método durante el proceso de musicoterapia.

El otro participante intercaló el maracón, el tambor pequeño (tocándolo con y sin baquetas) los capachos y el *steeldrum* en C, sin generar ningún motivo rítmico específico, a veces imitando el patrón del tambor alegre, a veces marcando el pulso de la base del alegre, a veces tocando subdivisiones de compás y, en muchas ocasiones, tocando lo mismo antes mencionado, pero sobre *tempos* distintos a los del alegre, o generando propuestas que daban la sensación de estar en métricas distintas a la del alegre.

De los participantes de este dueto, uno comentó que en la composición quisieron hacer una parte más caótica y tensa, reflejando el comienzo del proceso de musicoterapia, y luego ir mostrando una transformación hacia la relajación y la calma, asociada al final del proceso. Coincidió con lo expresado por otro participante previamente, de querer reflejar el aprendizaje “de no preocuparse tanto por la opinión” y enfocarse más en “disfrutar la cosa” (según sus palabras).

El otro participante del dueto complementó indicando que, como parte de la composición, quisieron representar conflictos y choques, reflejando que durante el proceso de musicoterapia enfrentaron conflictos internos que usualmente evitan o ignoran, pero que era necesario encarar. Además, agregó que en la última parte de la composición quisieron reflejar mayor comunicación, pues habían sentido que al final del proceso de musicoterapia, el atreverse a hacer cosas retadoras había sido un logro por medio del cual percibieron avances en la comunicación consigo mismos.

Sobre su explicación de la última parte de la composición, se resalta la siguiente idea alusiva al cierre del proceso de musicoterapia: “al final, pues había comunicación […], conmigo mismo al menos, como que ya estoy más tranqui, ya me puedo hablar de cosas que antes no".

Finalmente, de manera general, puede decirse que las actividades realizadas implementando el método de composición llevaron a los participantes a experimentar *in situ* sensaciones de la APM, especialmente en el momento de presentar sus composiciones y, además, fueron una herramienta útil para decantar pensamientos, reconocer fortalezas y debilidades y poner en práctica la expresión a través de la música.

4.3.2.3 Entrevista escrita acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia

Adicionalmente a todos los resultados cualitativos obtenidos a partir de la observación de la investigadora y el análisis de los productos musicales, que fueron previamente descritos, se le dio gran importancia a la percepción personal de los participantes sobre el proceso de musicoterapia, las facilidades y dificultades que encontraron en él y los posibles impactos que este pudo haber generado sobre ellos. Por esto, en la última sesión del prceso, se hizo una entrevista escrita para indagar en los aspectos mencionados.

Los resultados de dicha entrevista se procesaron mediante el *software* MAXQDA (https://www.maxqda.com/es/) para identificar las palabras registradas con mayor frecuencia. Nuevamente, del resultado original se crearon categorías de palabras correspondientes (por ejemplo, se agruparon en “sentir” las palabras siento, sentimiento, sentir, sentí y otras similares) y, en esta ocasión, se eliminaron palabras repetitivas derivadas de la redacción, pero que no expresaban ideas sobre la percepción de los participantes acerca del proceso de musicoterapia; por ejemplo, se eliminaron palabras como “proceso”, “yo” y “música”, entre otras.

Los 10 términos registrados con mayor frecuencia fueron “sentir” (35 veces registrado), “agradable” (24), “pensar” (17), “confrontar” (16), “bien” (13), “relajación” (12), “ayuda” (11), “explorar” (11), “sensaciones” (11) y “agradecimiento” (9). Los resultados se ilustran en la Figura 4-15, a continuación.

Figura 4-15. Nube de palabras con las categorías relevantes registradas en las entrevistas escritas acerca de la percepción de los participantes sobre el proceso de musicoterapia.

Ante la pregunta de "¿cómo te sentiste en este proceso?" los participantes expresaron ideas relacionadas con sentir calma y paz en las sesiones, haberse reconciliado consigo mismos y con la música durante el proceso, haber recuperado confianza y seguridad en sí mismos, haber reconocido fuentes originarias de su APM, haberse reconocido a sí mismos y haber vivido situaciones incómodas que los llevaron a confrontarse a sí mismos. Algunas frases hicieron alusión a la ganancia de herramientas de afrontamiento para los momentos desafiantes, por ejemplo: "pude explorar sensaciones que contribuyen a sentirme en control de mi cuerpo y mi mente en situaciones incómodas, exigentes o desafiantes".

Como parte de la entrevista, se preguntó a los participantes qué les gustó y qué no les gustó del proceso de musicoterapia. Con respecto a la primera pregunta, se resaltan ideas relacionadas con confrontar sus inseguridades y enfrentar situaciones desafiantes y así liberarlas o quitarles un poco de peso; disfrutar un acercamiento a la música diferente al que viven en sus formaciones académicas, siendo más libre, desde el juego y la exploración; disfrutar la exploración de nuevos instrumentos; no estar solos en el proceso; sentir respetados todos sus pensamientos y sentimientos; adquirir herramientas de afrontamiento para la APM a la hora de tocar; y reafirmarse como músicos y reafirmar su gusto por la música.

En cuanto a lo que no les gustó del proceso musicoterapia, varios participantes mencionaron la incomodidad que les produjeron muchas actividades por llevarlos a enfrentarse a sí mismos y generarles sensaciones de tensión o ansiedad, sin embargo, ellos mismos resaltaron la importancia de experimentar estas sensaciones como parte del proceso.

Además de esto, algunos participantes mencionaron actividades que les generaban incomodidad a nivel personal, por ejemplo, uno mencionó la musicoterapia receptiva como estresante y otro las actividades de improvisación. Finalmente, se resaltan como ideas de disgusto el ruido del ambiente alrededor del espacio donde se desarrollaron las sesiones; la sensación de no tener el control musical en las actividades; y que el proceso se acabara.

Por otro lado, en cuanto a la pregunta de si sentían que el proceso de musicoterapia había contribuido en algo a su manejo de la APM, 9 de los 11 participantes que respondieron esta entrevista dijeron explícitamente que sí, es decir el 82 % de los entrevistados; un participante no dijo explícitamente que sí ni que no, pero mencionó que el proceso había sido un primer paso ante "muchas cosas que tiene que trabajar"; y el otro participante mencionó que no sabía si el proceso había sido de ayuda

pues, aunque en su estudio individual había podido poner en práctica las herramientas adquiridas, con el paro académico de la UN no había podido ponerlas en práctica frente a público.

Los participantes que mencionaron que sentían que el proceso sí había contribuido a su manejo de la APM, indicaron como argumentos de su respuesta: que a través de las sesiones de musicoterapia entendieron que los errores hacen parte del aprendizaje; que deben aceptarse a sí mismos; y que deben ser ellos mismos quienes se den la oportunidad de aprender.

Igualmente, indicaron que a través del proceso reconocieron algunas causas de su APM y, así, podrían abordarlas; mencionaron diferentes herramientas de afrontamiento adquiridas, por ejemplo, su exploración artística y la reconexión con sus sensaciones de niños frente a la música; resaltaron que se reconectaron con su gusto por la música; que aumentaron su seguridad y confianza en sí mismos; y que disminuyeron el sobre pensar sus errores y la preocupación por la opinión ajena.

Ante la pregunta de si volverían a participar en un proceso de musicoterapia, todos los participantes dijeron explícitamente que sí y algunos expresaron ideas complementarias que se reportan textualmente en la Tabla 4-8, a continuación.

Tabla 4-8. Respuestas de los 11 participantes entrevistados ante la pregunta de si volverían a participar en un proceso de musicoterapia.

¿Volverías a participar en un proceso de musicoterapia?	
"Sip, totalmente"	
"Sí"	"La musicoterapia lleva desarrollando diversas propuestas a problemas psicológicos e incluso físicos, como el dolor, que aún no he experimentado y que considero positivo explorar."
"Sí" (2 registros)	
"100% sí"	"Creo que con más tiempo los resultados pueden ser maravillosos."
"Sí"	"Me gustaría seguir teniendo la musicoterapia hoy en día en mi diario a vivir para poder tener un control pleno de mi formación musical."
"Sí"	"Siento que este tipo de experiencias nuevas fomentan un análisis fuera de lo cotidiano y que aportan puntos de vista que quizás no tomaba en cuenta."
"Definitivamente sí…"	"…volvería a participar de un proceso de musicoterapia, ya que lo sentí como un momento de transformación y diversión dentro de mi quehacer artístico, musical, personal y profesional."
"Sin duda alguna"	
"Definitivamente sí"	
"¡Claro que sí!"	"Quisiera aprender y saber más sobre más didácticas y actividades."

Adicionalmente, al preguntarles qué se llevaban del proceso de musicoterapia, los participantes respondieron lo siguiente (transcrito textualmente):

- “Me llevo la creatividad, la tranquilidad, ahora valoro cuán importante es un espacio para explorar musicalmente desde el instrumento u otros [instrumentos]”;
- “Me llevo la buena energía que sentí en todas las sesiones en las que participé, adicional a la relación con la labor de intérprete, compositor, improvisador musical, etc.”;
- “Me llevo que no es malo sentir ansiedad, pero es malo no solucionarla, también que la exploración nos ayuda a mesurar”;
- “Me llevo un espacio tranquilo donde respirar y liberar mi mente, un espacio donde no hay cabida para juzgar”;
- “Me llevo el control de mis dolencias, el ser coherente de lo que hago y cómo lo hago. Mi respiración es la clave para poder seguir a flote y mi chispa interna es lo que me ayuda a lo que quiero”;
- “Pienso que no debo centrarme o "encerrarme" en esas sensaciones [de inseguridad] y simplemente tomarlas como un ítem a la hora de presentarme”;
- “Me llevo todo, tanto lo bueno como lo "malo". Me llevo las personas, las risas, las incomodidades, la creación y todo lo guardo dentro de una parte importante de mi corazón en una etapa de reconstrucción y reencuentro propio”;
- “El observar más, experimentar más y no encerrarme a no afrontar mis miedos”;
- “Nuevas técnicas para meditar y pensar en mis emociones”;
- “Me llevo que es bueno recordar las sensaciones que tenía de niño, el que no me diera vergüenza nada, donde solo decidía y hacía las cosas, salieran como salieran, sin dejar de lado el compromiso con mis responsabilidades y "haciendo" que salgan de la mejor manera”;
- “El hacer lo que me gusta de una forma más libre, comunicarse un poco mejor, no estar tan enfocado en el "fracaso" o si algo salió bien o mal, sino más de disfrutarlo en el proceso.”

Finalmente, como sugerencias, recomendaciones o comentarios finales hechos por parte de los participantes, se resaltan frases de satisfacción con el proceso de musicoterapia y agradecimiento con la musicoterapeuta; la sugerencia de un participante (para quienes tomen el proceso) de permitirse experimentar y abrirse a las emociones que se presenten; y recomendaciones como involucrar los instrumentos principales como parte de las actividades; realizar las sesiones en un espacio con mejor aislamiento de contaminación auditiva; hacer más sesiones; involucrar siempre la musicoterapia receptiva como ancla al momento al iniciar cada sesión; y explorar más instrumentos.

Además de todo lo mencionado anteriormente, se resaltan las siguientes frases, tomadas textualmente de las diferentes secciones de las entrevistas escritas, en las que se denotan percepciones de los participantes sobre el aporte de la musicoterapia al manejo de la APM, contribuyendo a una menor frustración profesional:

- “Ha sido un reencuentro con lo que amo hacer y con la vida que escogí”;
- “Siento que fue un espacio para recuperar la seguridad en mí mismo”;
- “Siento que mi relación con los instrumentos y la música se pacificó”;

- “El conocerme y encontrar tanto dentro de sí es magnífico y gratificante, el permitirle a la mente liberarse y conocerse sin juzgarse es maravilloso”;
- “Ver por qué estoy en esta carrera y entender lo mentalmente exigente que puede llegar a ser, entonces ser consciente de cómo hacer más amable la música”;
- “Me gustó porque afirmó que realmente me encanta la música, que cuando no pienso mucho en qué suena, la disfruto mucho, me ayudó a intentar conectar conmigo mismo”;
- “El haberme acercado como un niño permitió que volviera a recordar todo lo que soy capaz de lograr si solo disfruto la música”.

Para cerrar, de manera general, puede decirse que las entrevistas escritas sobre la percepción de los participantes acerca del proceso de musicoterapia fueron una herramienta mediante la cual los participantes pudieron expresarse libremente y lo hicieron denotando el vínculo generado con el proceso de musicoterapia, es decir, desde la confianza y la apropiación del mismo, lo que los llevó a expresar sus opiniones de manera abierta.

5. Análisis y discusión

En este capítulo se presenta el análisis acerca del impacto que tuvo el proceso de musicoterapia sobre la APM en la muestra poblacional del estudio. Dicho análisis se hizo contrastando los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos de medición y evaluación (dando cuenta estos de lo logrado a través del proceso de musicoterapia), con la variable de estudio y sus principales factores de sustento. De esta manera, se analizó el cumplimiento del objetivo general y de los objetivos específicos del estudio, se dio respuesta a la pregunta de investigación y se discutió la hipótesis.

5.1 Análisis en torno a los objetivos del estudio

5.1.1 Objetivo General

El objetivo general del estudio se cumplió abordando uno a uno y de manera sistemática los objetivos específicos planteados. Es decir, para poder determinar cómo la musicoterapia puede favorecer la reducción de síntomas de APM en la muestra poblacional, fue necesario primero caracterizar a la muestra desde su percepción de la APM y del impacto de la misma sobre su desempeño musical y por lo tanto profesional (objetivos específicos No. 1 y No. 2); caracterización cuyos resultados se expusieron en el Numeral 4.2.

Una vez caracterizada la muestra poblacional e identificadas las principales variables que contribuían a su APM, se establecieron los objetivos terapéuticos a desarrollar con el grupo y se diseñó de manera general el proceso de musicoterapia a implementar, apuntándole a dichos objetivos (objetivo específico No. 3) y obteniendo como resultado final el proceso que se describió en el Numeral 4.1.

El objetivo general a nivel terapéutico se planteó de la siguiente manera: “Aportar al manejo de la APM que experimentan los estudiantes universitarios de música de la muestra poblacional del estudio, mediante un proceso de musicoterapia que favorezca su bienestar en el ámbito profesional”.

Los objetivos específicos fueron variando en cada sesión y apuntaron a trabajar los principales factores que contribuían a la APM de la muestra poblacional.

Habiendo implementado el proceso de musicoterapia, diseñado específicamente para este estudio, se procedió a analizar los productos musicales y las vivencias de los participantes a lo largo del mismo (objetivo específico No. 4). Finalmente, con base en lo anterior, pudo determinarse si se presentaron diferencias en la percepción y manifestación de la APM en la muestra poblacional con respecto a la línea base identificada en el comienzo del proceso (objetivo específico No. 5). Los resultados obtenidos a este respecto se describieron en el Numeral 4.3.

Así, mediante este abordaje sistemático e integrado de los objetivos específicos de la investigación, se cumplió finalmente el objetivo general, antes descrito. El análisis detallado al respecto se presentará a continuación, abordando cada objetivo específico.

5.1.2 Objetivos Específicos

5.1.2.1 Objetivo Específico No. 1

El objetivo de caracterizar a la muestra poblacional de estudio en términos de los síntomas que experimentan de APM se cumplió mediante la aplicación inicial del K-MPAI y de la entrevista escrita sobre la percepción de los participantes acerca de la APM; de esta manera se generó una línea base para diseñar el proceso de musicoterapia con el grupo.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del K-MPAI, en los que se observó que todos los factores del inventario presentaron valores desde intermedios bajos hasta intermedios altos para la muestra poblacional, con promedios entre 31 % y 76 % (Numeral 4.2.2), se evidenció que todos los factores contribuían a la APM de los participantes, siendo mayor o menor su aporte, lo cual se alinea con lo expuesto por Kenny (2011), quien indica que el constructo de la APM es multidimensional y tiene varias causas.

La condición multifactorial de la APM para la muestra poblacional del estudio también se evidenció en los registros de las entrevistas escritas, detallados en el Numeral 4.2.3, en las que los participantes manifestaron síntomas asociados a sobre pensar, preocuparse por ser juzgados, experimentar

sensaciones físicas y fisiológicas, preocuparse por equivocarse, sentir tristeza, olvidar lo estudiado y sentir temor.

Dichos síntomas pueden relacionarse con factores del K-MPAI (Kenny, 2016) como el 1, el 2, el 3, el 5 y el 7 y, por lo tanto, a las vulnerabilidades psicológicas generalizada y específica de la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow, según la agrupación de factores en estas categorías expuesta por Kenny (2023). La relación de lo expresado por los participantes a través de las entrevistas escritas con los factores 4, 6 y 8 del K-MPAI (vulnerabilidad biológica) tendría que indagarse a mayor profundidad mediante la aplicación de otros inventarios u otras estrategias que den cuenta de la relación entre los síntomas reportados y los factores genéticos o de crianza.

Los resultados obtenidos, que sentaron la línea base de caracterización de la muestra poblacional, evidenciaron la necesidad de crear un plan de manejo y tratamiento a través de la musicoterapia que tuviera en cuenta las múltiples causas de la APM de los participantes, incluyendo un enfoque más amplio y no simplemente lo relacionado con el performance proximal, tal como lo sugiere Kenny (2009a). Igualmente, con base en los resultados, el diseño del proceso se enfocó en abordar principalmente la vulnerabilidad psicológica específica de la APM (a través de dos factores contribuyentes) y, en menor medida, la psicológica generalizada (a través de un factor).

Por otro lado, es importante mencionar que los hallazgos descritos sobre los niveles y manifestaciones de APM en la muestra poblacional son coherentes con la etapa de desarrollo en que se encuentran los participantes, es decir, la adultez emergente (Papalia et al., 2012), en la que, de acuerdo con Arnett (2007), es posible que se experimenten niveles de incertidumbre y confusión que pueden llegar a ser angustiantes, lo cual puede contribuir a una mayor APM.

Además, la condición de ser estudiantes universitarios hace que los integrantes de la muestra poblacional de este estudio estén sometidos a situaciones sociales, económicas, académicas e institucionales que pueden generar diferentes trastornos de ansiedad, estrés o depresión (Fajardo-Calvache y Rodríguez-Caicedo, 2013; Rodríguez-Ayan y Sotelo; 2014), lo cual también puede contribuir a una mayor APM.

5.1.2.2 Objetivo Específico No. 2

El objetivo de caracterizar a la muestra poblacional del estudio en términos de los impactos que puede generar la APM en su desempeño musical y académico se cumplió mediante la aplicación inicial de la entrevista escrita sobre la percepción de los participantes acerca de la APM; de esta manera se contribuyó a generar la línea base para diseñar el proceso de musicoterapia para el grupo. Igualmente, la implementación de las sesiones permitió enriquecer la caracterización de la muestra poblacional, gracias a lo que los participantes expresaban en ellas con respecto a la APM.

Así, como parte de la caracterización de la muestra poblacional, se identificaron diferentes pensamientos de frustración profesional e ideas de fracaso en la muestra poblacional de estudio, asociados a las sensaciones experimentadas antes, durante o después de un *performance* musical (Numeral 4.2.3). Esto puede relacionarse con el planteamiento de Steptoe (2001), citado por Kenny (2011), acerca del componente afectivo o emocional de la APM, por el cual se generan sensaciones de ansiedad e impotencia, entre otras.

Adicionalmente, en lo antes mencionado, específicamente en frases como “pienso que soy un fracaso”, “no soy suficiente”, “no tengo el nivel suficiente” y otras relacionadas, se identificó el esquema mental nocivo del auto derrotismo en los participantes y, a partir de esto, se buscó plantear un proceso de musicoterapia enfocado, en parte, en trabajar este esquema mental.

Frases como estas y otras como “no debería estar estudiando música”, “pienso si mi elección de carrera es correcta”, “pienso si debería ejercer otro campo en la música que no sea la interpretación” o “siento frustración”, pueden ser señales de lo planteado por Conti (2018), Kenny (2011) y Ryan y Andrews (2009) acerca de que el nivel de agotamiento que produce la APM puede llevar a los estudiantes de música al abandono de su carrera profesional.

Con relación a lo anterior, dado que, como parte del aporte de la musicoterapia en este estudio pretende evitarse el abandono de la carrera profesional en los participantes, el proceso de musicoterapia le apuntó a reducir esas sensaciones recién expuestas, ya que estas también pueden derivar en una disminución de la felicidad general de los músicos, impactando negativamente su calidad de vida (Kenny, 2011; Ryan y Andrews, 2009; Yondem, 2007).

Por otro lado, como se reportó en el Numeral 4.3.2.1 y se detalla en el Anexo J, algunos participantes manifestaron que sentían que debido a la APM se les podía olvidar todo lo que iban a tocar, sentían que no eran capaces de tocar o que la calidad de su *performance* musical podía verse afectada en cerca del 50 %.

Esto, se alinea, por un lado, con el planteamiento de Kenny (2023), acerca de que varios estudios a nivel mundial han mostrado que los estudiantes con puntajes más altos del K-MPAI suelen tener desempeños académicos más pobres y menor cantidad anual de presentaciones en concierto, y, por otro lado, con lo sugerido por Ryan y Andrews (2009) acerca de que el nivel de agotamiento que produce la APM puede generar deterioro en el desempeño musical de los estudiantes de esta profesión durante una presentación.

Igualmente, este tipo de sensaciones pueden relacionarse con lo establecido por Steptoe (2001), citado por Kenny (2011), acerca del componente cognitivo de la APM, por el cual se pierde la concentración y se ve afectada la memoria, entre otros efectos. Además, parecen contribuir a los factores 1 y 5 del K-MPAI, de la vulnerabilidad psicológica específica, y al factor 7, de la vulnerabilidad psicológica generalizada.

Finalmente, como parte de los resultados obtenidos apuntando a este objetivo específico, es de resaltar otra frase de un participante en la que expresó que le daba pánico estar en escena, lo cual se alinea con investigaciones como la de Papageorgi et al. (2007), quienes indican que la APM puede alcanzar niveles de terror similares al pánico. Igualmente, puede asociarse al componente afectivo o emocional de la APM planteado por Steptoe (2001), citado por Kenny (2011), por el cual se generan sensaciones de ansiedad, tensión, impotencia o pánico, entre otras; y, además, puede relacionarse con el factor 7 del K-MPAI, correspondiente a la vulnerabilidad psicológica generalizada, y con el factor 1, correspondiente a la vulnerabilidad psicológica específica.

5.1.2.3 Objetivo Específico No. 3

El objetivo planteado de poner a prueba la musicoterapia como herramienta terapéutica para trabajar los síntomas de la APM se cumplió a través de la ejecución de un proceso que incluyó diseño de etapas, planeación de cada sesión, registro de lo ocurrido en cada una, aplicación de los cuatro métodos de la musicoterapia y retroalimentación constante según los resultados parciales (Numeral 4.1).

La ejecución del proceso, en el marco de este objetivo, cumplió además otros propósitos; entre ellos: el de poner a prueba la musicoterapia mediante una terapia breve, siguiendo los fundamentos expuestos por Quick (2008), según los cuales las terapias breves cuentan con entre 8 y 10 sesiones comúnmente; el de poner en práctica los conceptos de universalidad y efecto de espejo, tan importantes en el contexto de las terapias breves por medio de grupos de encuentro (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024); y el de hacer intervenciones con exposición, tomando como base el planteamiento de Barlow (2002) para el tratamiento de la ansiedad social.

El último, a pesar de estar enfocado en un trastorno de ansiedad diferente al del planteamiento original, también fue fundamental para este estudio dado que la APM recae en gran medida en el miedo de los seres humanos a nuestros semejantes (Legeron y Andre, 1997, citados por Agirre-Maiora et al., 2015) y en la necesidad constante de aprobación por parte de otros para demostrar que les agradamos (Buscadores Flamencos, 2022).

Igualmente, como parte del cumplimiento de este objetivo, el proceso se diseñó implementando estrategias enfocadas en los síntomas específicos del grupo a tratar, siguiendo lo resaltado por Da Cunha (2013), y enfocando el tratamiento de la APM a partir de los diferentes factores de su etiología y persistencia, tal como lo sugiere Kenny (2009a). Esto se logró gracias la línea base generada mediante el abordaje de los objetivos específicos 1 y 2.

La elección de abordar tres factores del K-MPAI respondió al planteamiento del proceso de musicoterapia como una terapia breve, lo cual implicaba, no solo un periodo de tratamiento limitado, sino también generar un tratamiento enfocado (Quick, 2008); por lo anterior, se seleccionaron los tres factores con mayor puntaje, teniendo en cuenta que, además del resultado general, estos fueron tres de los cuatro que se ubicaron en el rango intermedio alto, según la clasificación aplicada para el presente estudio, presentando valores iguales o superiores a 69 % de contribución a la APM en la muestra poblacional.

Según lo planeado, se implementaron los cuatro métodos de la musicoterapia, aunque, a diferencia de los otros tres, el de re-creación no se usó de manera constante. El análisis de los resultados obtenidos a partir de cada método se detallará en el Numeral 5.1.2.4, correspondiente al Objetivo

Específico No. 4, por lo cual en este Numeral se profundizará en el análisis de otros aspectos del proceso, tal como se plantea a continuación.

En cuanto al trabajo con canciones, desde lo expresado por los participantes y la explicación de sus composiciones (ver Numeral 4.3.2.2.2), puede decirse que este permitió generar una vía para que se dieran mensajes a sí mismos, tal como lo plantea Schapira (2007) e, indirectamente, le dieran mensajes al resto del grupo, poniendo en práctica los conceptos de universalidad y efecto de espejo.

También en línea con el planteamiento de Schapira (2007), durante la actividad de parodia de canción se hizo evidente cómo el trabajo con canciones llevó a los participantes a expresar sentimientos y pensamientos que hasta el momento no habían podido expresar de manera verbal o de otra forma (ver Numerales 4.3.2.1 y 4.3.2.2.2). Esto, según lo manifestado explícitamente por algunos de ellos en el momento de verbalización de la sesión correspondiente.

Cabe resaltar que el logro de promover la expresión emocional es valioso pues, a través de esta, las personas pueden sentirse mejor y entenderse mutuamente con otras (Brackett, 2020) y, además, puede generarse el efecto de espejo de sentirse reflejado en las vivencias de otras personas y llevar a la práctica el concepto de universalidad, por el cual nos sentimos acompañados en nuestras vivencias y nos sentimos parte de algo (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024).

Tanto la sensación que produce el efecto de espejo, como la que genera el concepto de universalidad fueron expresadas explícitamente por algunos participantes en más de una sesión (ver Numeral 4.3.2.1). La primera, en frases como “yo me siento identificado con eso que dices” o “ahora me veo más reflejado en tu dibujo que en el mío”; la última, se reforzó en manifestaciones como el hecho de que no estar solos en el proceso fue una ventaja para ellos.

Lo último se alinea con lo hallado por Huawei y Jenatabadi (2024), quienes afirman que recibir soporte social de pares tiene un impacto sustancial en el fortalecimiento de la eficacia y la inteligencia emocional, siendo estas habilidades personales esenciales para reducir la APM. Además, los autores aseguran que estos impactos son más marcados en estudiantes universitarios que, por ejemplo, en estudiantes de posgrado, en lo cual se fortalece la importancia del resultado antes descrito y analizado obtenido como parte de este estudio.

El otro eje implementado del abordaje plurimodal fue el uso selectivo de la música editada (Hugo et al., 2007). En este caso, se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos a partir de la historia musical de los participantes (Numeral 4.2.1) para evitar usar música que fuera del desagrado de alguno de ellos.

Además, en la experiencia de musicoterapia re-creativa, donde se usó música editada, la actividad se enfocó de manera que los participantes fueran quienes escogieran la música. Igualmente, durante las experiencias de musicoterapia receptiva, donde también se aplicó este eje, se tuvieron en cuenta las reacciones gestuales y corporales de los participantes en el marco de sus modos expresivos receptivos (Hugo et al., 2007), para verificar que la música no generara incomodidad y sí, por el contrario, un ambiente agradable (ver Numeral 4.3.2.1).

En otro contexto, es importante mencionar que, a pesar de que esta investigación no se enfocó en la comparación de grupos de intervención, las necesidades logísticas que llevaron a que el proceso de musicoterapia se implementara de manera paralela con dos grupos diferentes, dejaron en evidencia algunas diferencias en los resultados encontrados con cada uno a partir del análisis cualitativo. No obstante, cabe aclarar que, como se describió en el Numeral 4.3.1, los resultados cuantitativos no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Lo más relevante a resaltar a este respecto fue el impacto que tuvo la constancia en la asistencia de los participantes a las sesiones del proceso de musicoterapia sobre los efectos producidos por el mismo. Como parte de esto, en el grupo en el que la asistencia fue más constante pudieron realizarse las actividades de manera encadenada, haciendo referencia a unas como parte de otras y tomando unas como estímulo creativo para otras, mientras que en el otro grupo las actividades se vivieron de manera más aislada debido a la inconstancia en la asistencia de los participantes.

Igualmente, la asistencia constante en un grupo permitió hacer un análisis comparativo de los productos musicales generados en cada etapa del proceso a través del método de improvisación (ver Numeral 4.3.2.2.1 y Anexo M), que no fue posible realizar con el grupo en el que la asistencia fue intermitente. Además, la expresión emocional se vio influenciada por el vínculo que generaron los participantes en el interior de sus grupos, siendo mayor en el grupo con asistencia más constante (ver Numeral 4.3).

Es importante mencionar que, como parte de las características descritas de las terapias breves por medio de grupos de encuentro, una actividad realizada con el grupo en el que la asistencia fue más constante conmovió emocionalmente a un participante y esto llevó a los otros a validar su emoción y a motivarse a manifestar que se sentían identificados con lo que él estaba expresando, reflejando el efecto de espejo. Incluso, este emergente promovió una expresión emocional un poco más profunda de lo normal en otros participantes desde la comunicación verbal.

También asociado al vínculo, el despliegue de ideas durante los momentos de expresión verbal, la explicación de los productos musicales generados y la complejidad musical de dichos productos fue mayor en el grupo en que los participantes asistieron con más constancia a las sesiones (ver Numeral 4.3).

Teniendo en cuenta el carácter de terapia breve del proceso de musicoterapia implementado y la consecuente intensidad en las actividades planteadas y las vivencias promovidas, no es sorprendente que la asistencia constante sea un factor que favorezca una mayor profundidad de la experiencia y un mayor impacto de la herramienta terapéutica.

Por otro lado, en cuanto al *setting* de las diferentes sesiones, es importante resaltar que, para el tipo de ansiedad a trabajar y las características de la población a tratar, la inclusión de instrumentos musicales distintos a los estudiados a nivel profesional favoreció la comodidad de los participantes al hacer música, por reducir las expectativas de ser juzgados y bajar los niveles de auto exigencia (según lo expresaron de manera verbal en algunas sesiones), lo cual les permitió abordar las actividades de manera menos predispuesta.

Esto fue favorable en la medida en que le permitió a los participantes conectarse más con las experiencias, lo cual puede contribuir a generar un mayor impacto de las mismas y, por lo tanto, una mayor perdurabilidad.

Sin embargo, para los participantes que no contaban con su instrumento de estudio profesional como parte del *setting* fue desfavorable disponer únicamente de otros instrumentos, pues eso les implicó implementar un paso extra para afianzar las herramientas adquiridas durante el proceso de musicoterapia, debido a la necesidad de trasladar todo lo vivido a la práctica de su instrumento. Incluso, al final del proceso, un par de participantes resaltaron que les habría gustado vivir las

sesiones involucrando también sus instrumentos principales para enfrentar de manera más directa las sensaciones de APM.

A este respecto, cabe resaltar que la exclusión de los instrumentos principales como centro de las actividades se debió a la dificultad logística de transportar algunos de ellos (arpa clásica y contrabajo) a los espacios donde estaba disponible todo el resto del *setting*, por lo cual también se excluyeron otros de fácil transporte no disponibles en el *setting* (violín, viola y clarinete). Incluso, en ocasiones, se le pidió a los participantes que tenían disponibles sus instrumentos principales (teclado, guitarra y voz) no involucrarlos en algunas actividades, con tal de lograr equitatividad en las experiencias de todo el grupo.

Por otro lado, la entrevista escrita sobre la percepción de los participantes acerca del proceso de musicoterapia también permitió analizar logros del mismo. Por ejemplo, algunas personas mencionaron que durante el proceso pudieron reconocer fuentes originarias de su APM y vivir situaciones incómodas que los llevaron a confrontarse a sí mismos, logrando disfrutarlas, lo cual muestra la importancia de las actividades de exposición para el tratamiento de esta ansiedad, en línea con lo mencionado por Barlow (2002) y por Huawei y Jenatabadi (2024), quienes, además, resaltan la importancia de que dicha exposición sea gradual y ocurra en condiciones controladas, tal como se promovió en el proceso implementado como parte de este estudio.

Igualmente, comentaron que el proceso les permitió reconciliarse consigo mismos, reconocer factores que los llevan a experimentar APM y, asimismo, reconocer sus capacidades y logros como músicos, lo cual denota procesos de introspección profunda, alcanzados gracias a la vivencia de experiencias altamente impactantes como parte de la intensidad de la terapia breve.

5.1.2.4 Objetivo Específico No. 4

El objetivo de analizar los productos musicales y las vivencias de los participantes con los diferentes métodos de la musicoterapia se cumplió mediante la implementación de distintos instrumentos de evaluación cualitativa y permitió generar un sustento para la efectividad de esta herramienta terapéutica para tratar la APM. A continuación, se analizan los resultados obtenidos a partir de cada método de la musicoterapia.

El **método de musicoterapia receptiva** fue fundamental para llevar a los participantes a encuentros consigo mismos y procesos de auto observación que, de acuerdo con los resultados obtenidos y lo manifestado en los momentos de expresión verbal en diferentes sesiones (Numerales 4.3.2.1 y 4.3.2.1.1), les permitieron reconocerse en su quehacer profesional, reconciliarse con ellos mismos, con sus instrumentos y con la música y reconectarse con las razones que los llevaron a estudiar su profesión y que los hacen disfrutarla. Esto se alineó con objetivos del método, según lo planteado por Bruscia (2007), como explorar ideas y pensamientos, y contribuyó a la relajación de las personas.

Igualmente, con este método fue posible llevar a los participantes a evocar sensaciones, pensamientos y emociones detonados por la APM para que fueran más fácilmente reconocibles en el momento y así pudieran identificarse para su tratamiento, lo cual también se alinea con los objetivos del método expuestos por Bruscia (2007).

Entre estas, los participantes pudieron identificar algunos patrones de pensamiento tales como estar enfocándose demasiado en sus errores y poco en sus habilidades o no estar reconociendo sus capacidades físicas y mentales. Esto, también respondió al objetivo del método de explorar ideas y pensamientos (Bruscia, 2007) y, además, son ideas que describen un esquema auto derrotista, cuyo reconocimiento es un logro que suele hacer parte de los procesos de auto observación generados por las actividades de ojos cerrados (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024).

Adicionalmente, según lo comentado por los participantes y teniendo en cuenta su lenguaje corporal durante las actividades en las que se implementó este método (ver Numerales 4.3.2.1 y 4.3.2.1.1), se evidenció que la musicoterapia receptiva les permitió afianzar nuevos enfoques cognitivos sobre sí mismos, centrados en sus habilidades, fortalecer el reconocimiento de sus capacidades y su progreso profesional, recordar y afianzar sensaciones agradables que tienen al hacer música y consolidar herramientas que les ayuden a mantener todo esto vigente y a afrontar momentos en que se presenten síntomas de APM.

Lo anterior se muestra como una forma de cambiar la actitud frente a situaciones desafiantes, que para el caso detonan APM, lo cual es un resultado alineado con el planteamiento de la logoterapia (Frankl, 2015), y, además, muestra cumplimiento de objetivos del método de musicoterapia receptiva, tales como evocar reacciones corporales, estimular a las personas, aportar a su relajación y promover en ellas la memoria y la reminiscencia (Bruscia, 2007).

Adicionalmente, la experiencia de recordar y afianzar sensaciones agradables que han tenido los participantes en su quehacer musical y su desarrollo profesional, es un logro de las actividades de musicoterapia receptiva, que se ajusta al planteamiento de la psicología positiva acerca de llevar a las personas a recordar los momentos en los que se han sentido bien y usarlos como herramienta para su bienestar (Seligman y Csikszentmihalyi, 2014).

Los hallazgos de este estudio a partir de la musicoterapia receptiva se alinearon con lo encontrado en otras investigaciones, según las cuales los niveles de ansiedad, o en ocasiones de APM, pudieron reducirse a través de la implementación de prácticas que apuntan a objetivos similares a los de este método, pero desde diferentes enfoques terapéuticos; por ejemplo, la meditación (Kenny et al., 2014; Khalsa et al., 2009), la imaginería (Kim, 2008), el uso de diferentes técnicas de respiración (Kenny et al., 2014; Studer et al., 2011; Su et al., 2010), el yoga (Khalsa et al., 2009) y el uso de diferentes técnicas de relajación (Kenny et al., 2014; Kim, 2008; Nagel 2010; Rasid y Parish, 1998).

Así mismo, a través de la musicoterapia receptiva se logró llevar a los participantes a imaginarse diferentes escenarios en los que estuvieran realizando un *performance* musical y estuvieran disfrutándolo plenamente. Esto permitió que ellos se visualizaran tocando de manera tranquila y agradable, independientemente del lugar donde estuvieran y las personas que estuvieran a su alrededor, y se alineó con lo resaltado por Stopa (2021) acerca de la importancia de las imágenes mentales para transformar la manera en que experimentamos el mundo.

Por su parte, el **método de improvisación** logró ser un estímulo para el desarrollo de la creatividad y, principalmente, servir para la comunicación no verbal y establecer un puente hacia la comunicación verbal durante las sesiones de musicoterapia, permitiéndole a los participantes ampliar su expresión de emociones y su expresividad en general (ver Numerales 4.3.2.1 y 4.3.2.2.1), lo cual hace parte fundamental de la construcción de bienestar (Brackett, 2020).

También, según lo comentado verbalmente por los participantes, cuando se hicieron improvisaciones grupales, estas les permitieron explorarse individualmente en relación con los otros. Así, se pusieron en práctica objetivos relacionados con el método de la musicoterapia de improvisación musical, según lo expuesto por Bruscia (2007).

Como se mencionó en el Numeral 4.3.2.2.1, este método fue el que se implementó con mayor frecuencia durante el proceso de musicoterapia, lo cual no fue en vano, pues partió del hecho de que, en la literatura científica, algunos estudios reportan la improvisación musical como una herramienta efectiva para reducir los niveles de ansiedad e, incluso, los de APM, entre otros padecimientos asociados (Allen, 2013; Kim, 2008).

Por ejemplo, la investigación de Kim (2008) reporta que los niveles de ansiedad, tensión muscular y preocupación, se redujeron gracias a la implementación de técnicas conductuales como la desensibilización sistemática basada en la improvisación musical; y la investigación de Allen (2013), indica que la improvisación musical puede ayudar a disminuir las sensaciones de APM en los músicos, pues le muestra otras formas de enfrentar los posibles errores que puedan cometer durante una interpretación.

Con respecto a la primera, es valioso mencionar que Nagel (2010) también apoya la importancia de la desensibilización sistémica, empleada en conjunto con la práctica en el escenario y la reestructuración cognitiva, como una herramienta útil para reducir la ansiedad y mejorar la calidad de las interpretaciones musicales.

Además de lo expresado por los participantes acerca de sus vivencias relacionadas con el método de improvisación, es importante mencionar que, como se describió en el capítulo de resultados con respecto al grupo en el que la asistencia de los participantes fue más constante, en dicho grupo los productos musicales derivados de la improvisación fueron transformándose a medida que transcurrió el proceso, volviéndose cada vez más extensos y presentando mayora riqueza y diversidad musical, lo cual reflejó una mayor confianza en su ejecución al frente de sus compañeros (Anexo M).

Adicionalmente, con el paso de las sesiones, los participantes mostraron mayor seguridad para tomar la iniciativa al hacer improvisaciones y mayor confianza al hablar de sus productos musicales. Incluso, en las improvisaciones grupales, al final del proceso los participantes estuvieron más dispuestos a debatir acerca de la experiencia, exponiendo abiertamente sus acuerdos y desacuerdos con otros participantes (Anexo M).

Igualmente, en las últimas improvisaciones fueron más minuciosos en la escogencia, exploración y disposición de los instrumentos antes de tocar, lo cual denota más calma y mayor inversión de tiempo

para prepararse para la ejecución musical, reflejando una menor ansiedad en el momento y permitiendo una mayor concentración.

Al igual que este, otros estudios realizados implementando la musicoterapia como herramienta terapéutica con estudiantes universitarios de música también han encontrado efectos positivos del método de improvisación sobre la libertad de creación y la expresividad de pensamientos e ideas (Carrillo-Toro, 2022) y sobre el manejo o control de emociones (Cuesta-Flores, 2019; López-Calvache, 2013).

Además, los estudios mencionados y otros con la misma población han resaltado que a través del método de improvisación se ha podido favorecer el auto control, la planificación y la confianza y, por lo tanto, la meta cognición (Aldana-Guzmán, 2022); la construcción de creencias de confianza y amor propio y el desarrollo de habilidades para regular el estrés académico a corto plazo (Carrillo-Toro, 2022); la identificación de estrategias de afrontamiento y el reconocimiento de aspectos positivos propios (Cuesta-Flores, 2019); aumento de la fluidez al tocar (Urrea-Veloza, 2016); la cercanía consigo mismos, la disminución de la prevención ante la presencia de otros durante un *performance* musical, la formación de perspectivas favorables de sí mismos, la disminución del miedo a ser juzgados y el desarrollo de la espontaneidad y el dinamismo (López-Calvache, 2013).

Por otro lado, el **método de composición** le permitió a los participantes principalmente comunicar experiencias interiores, en línea con lo planteado por Bruscia (2007). Además, a pesar de que "establecer un canal no verbal de comunicación y un puente hacia la comunicación verbal" es un objetivo más relacionado con el método de improvisación (Bruscia, 2007), en este caso, el método de composición también cumplió esas funciones, lo cual puede deberse a las altas habilidades musicales de la población de estudio, que quizás le facilitan hacer uso de los elementos de la música para comunicarse a través de productos musicales que no necesariamente tengan letra (Numeral 4.3.2.2.2).

En cuanto a la comunicación de experiencias interiores, puede decirse que, de acuerdo con las letras compuestas o las explicaciones de los participantes sobre sus composiciones sin letra, los procesos de composición les permitieron crear mensajes que contrarrestaran sensaciones incómodas de la APM y pensamientos asociados a esquemas auto derrotistas. De esta manera, este método permitió llevar a la práctica el planteamiento de la logoterapia de reconocer las sensaciones displacenteras

como parte de las experiencias de la vida y ser capaces de transformar la actitud frente a ellas (Frankl, 2015).

Otras investigaciones con estudiantes universitarios de música obtuvieron resultados similares en cuanto a la composición como un método de la musicoterapia que permitió la identificación y aceptación consciente de emociones “positivas” y “negativas” (Cuesta-Flores, 2019).

Igualmente, las letras de las composiciones y las explicaciones sobre aquellas sin letra evidenciaron que, a través de este método, los participantes pudieron plasmar en sus productos musicales las habilidades que reconocen en sí mismos en torno a su carrera profesional y los logros que han alcanzado en su desarrollo como músicos. Aldana-Guzmán (2022) y Cuesta-Flores (2019) encontraron resultados similares en estudios con la misma población, indicando que a través de las composiciones los participantes lograron reconocer sus propios aspectos positivos y valorar sus capacidades musicales.

Adicionalmente, el método de composición tuvo un papel importante como mecanismo de expresión emocional. Aunque todas las composiciones denotaron haber movido emocionalmente a los participantes, hubo una en la que, en uno de los grupos, las emociones despertadas por la actividad no pudieron ser contenidas y el grupo se unió desde la empatía, evidenciando el efecto de espejo característico de los grupos de encuentro (M. C. Arbeláez, comunicación personal, 13 de junio de 2024) y fomentando la expresión emocional en más participantes que comentaron que esto normalmente les era difícil. Cuesta-Flores (2019) también reportó el manejo emocional como uno de los logros del método de composición.

En este punto, es valioso resaltar la importancia de haber logrado facilitar la expresión emocional (a través de los métodos de improvisación y composición), ya que esta es una dificultad común en los seres humanos y conseguir sobrepasarla es un avance hacia la posibilidad de usar las emociones para crear vidas positivas y satisfactorias (Brackett, 2020). Además, teniendo en cuenta que las emociones influyen de manera decisiva sobre la forma en que las personas se relacionan con el mundo y, en el caso de aquellas que realizan *performances* en escena, influyen también en su relación con el escenario (Rheinfelden, 2009), saber manejarlas también representa un apoyo para la relación entre los artistas y el escenario.

No sobra exaltar que todo lo mencionado, es decir, la exteriorización de experiencias internas, plasmar en música el reconocimiento de las capacidades propias y lograr expresar emociones, son formas en las que se fortalece la comunicación, bien sea verbal o no verbal, lo cual también fue un alcance del método de composición como parte del proceso de musicoterapia implementado en este estudio.

Por último, a pesar de haber sido usado una única vez, la implementación del **método de re-creación** permitió alcanzar algunos de sus objetivos, como promover la identificación y la empatía entre los participantes y fomentar las habilidades de interacción a nivel grupal (Bruscia, 2007), como se expuso en el Numeral 4.3.2.1.2. Además, este método tuvo un efecto positivo sobresaliente para promover la conexión de los participantes con la sesión y su disposición para la realización de otras actividades.

Otros estudios realizados con la misma población encontraron que el método de re-creación favoreció en los participantes el auto control y la confianza (Aldana-Guzmán, 2022), la expresión de sentimientos y pensamientos (Carrillo-Toro, 2022), la cercanía consigo mismos, la creación de mejores perspectivas de sí mismos, el control de emociones y una menor prevención ante la presencia de otros durante sus *performances* musicales (López-Calvache, 2013).

Finalmente, a modo de cierre sobre el cumplimiento de este objetivo y los resultados obtenidos en torno a los síntomas de APM a través de cada método de la musicoterapia, es importante resaltar que la implementación de los cuatro métodos de manera integral y articulada durante el proceso realizado fue una estrategia fundamental para potenciar los alcances de cada uno y así lograr resultados de mayor impacto que si los métodos se hubieran implementado de manera aislada.

5.1.2.5 Objetivo Específico No. 5

El objetivo de determinar si se presentaban diferencias en la percepción y manifestación de la APM en los participantes antes y después del proceso de musicoterapia se cumplió mediante la comparación de los resultados del K-MPAI entre su aplicación al iniciar y al finalizar el proceso (Numeral 4.3.1). Igualmente, la entrevista escrita sobre la percepción de los participantes acerca del proceso de musicoterapia, aplicada en la última sesión, dio cuenta de dichas diferencias (Numeral

4.3.2.3). De esta forma, se contribuyó a argumentar la efectividad de la musicoterapia como herramienta terapéutica para el manejo de la APM en la muestra poblacional del estudio.

De acuerdo con los resultados del K-MPAI, la APM de la muestra poblacional presentó una reducción estadísticamente significativa luego del proceso de musicoterapia, pasando de un promedio de 62 %, ubicado en el percentil intermedio alto, a uno de 53 %, ubicado en el percentil intermedio.

Esta reducción se dio principalmente por la disminución de los factores 1, 2 y 3, de los cuales el 2 también presentó significancia estadística, pasando de un promedio de 76 % a uno de 61 %, y los otros dos, aunque sin significancia estadística, pasaron de 68 % a 57 % y de 56 % a 46 %, respectivamente. La reducción de la APM también se vio favorecida por la tendencia a la disminución que presentaron los factores 7 y 8 (Tabla 4-5, Fig. 4-5).

En otras palabras, puede decirse que el proceso de musicoterapia realizado con la muestra poblacional del estudio logró impactar la APM desde sus factores 1, 2, 3, 7 y 8, siendo los primeros cuatro parte de las vulnerabilidades psicológicas generalizada y específica y el último de la vulnerabilidad biológica, según la teoría multifactorial de Kenny (2023); pero no tuvo efecto sobre los factores 4, 6 y 5, siendo los dos primeros parte de la vulnerabilidad biológica generalizada y el último (memoria) parte de la psicológica específica.

Por otro lado, a partir de la entrevista sobre la percepción de los participantes acerca del proceso de musicoterapia, se denotó satisfacción generalizada en los mismos, resaltando ideas relacionadas con haber recobrado calma y paz gracias a las actividades, haberse reconciliado consigo mismos y con la música y haber recuperado confianza y seguridad en sí mismos, entre otras. También se denotó la ganancia de herramientas de afrontamiento a través de afirmaciones como “pude explorar sensaciones que contribuyen a sentirme en control de mi cuerpo y mi mente en situaciones incómodas, exigentes o desafiantes”, entre otras.

Como parte de esta entrevista se le preguntó explícitamente a los participantes si consideraban que el proceso de musicoterapia había contribuido de alguna manera a su manejo de la APM, ante lo cual todos indicaron que sí, adicionando diferentes aclaraciones, entre las cuales se resaltan que los errores hacen parte del aprendizaje, que deben aceptarse a sí mismos y que deben ser ellos mismos quienes se den la oportunidad de aprender.

Estas afirmaciones, especialmente la primera, dan cuenta del alcance a través de la musicoterapia de uno de los pilares de la logoterapia, que es reconocer las sensaciones displacenteras como parte de la vida y ser capaces de transformar su actitud frente a ellas (Frankl, 2015). Esto también se evidencia en frases como "me llevo que no es malo sentir ansiedad, pero es malo no solucionarla" o "pienso que no debo centrarme o encerrarme en esas sensaciones [de inseguridad] y simplemente tomarlas como un ítem a la hora de presentarme", entre otras.

Finalmente, pensando en que las frases registradas en esta entrevista hablan por sí solas acerca del impacto que tuvo el proceso de musicoterapia en la APM de la muestra poblacional del estudio, a continuación se copian textualmente algunas de ellas como sustento al cumplimiento de este objetivo específico, con base en lo obtenido a partir del análisis cualitativo:

- "Ha sido un reencuentro con lo que amo hacer y con la vida que escogí";
- "Siento que fue un espacio para recuperar la seguridad en mí mismo";
- "Siento que mi relación con los instrumentos y la música se pacificó";
- "El conocerme y encontrar tanto dentro de sí es magnífico y gratificante, el permitirle a la mente liberarse y conocerse sin juzgarse es maravilloso";
- "Ver por qué estoy en esta carrera y entender lo mentalmente exigente que puede llegar a ser, entonces ser consciente de cómo hacer más amable la música";
- "Me gustó porque afirmó que realmente me encanta la música, que cuando no pienso mucho en qué suena, la disfruto mucho";
- "Me ayudó a intentar conectar conmigo mismo";
- "Permitió que volviera a recordar todo lo que soy capaz de lograr si solo disfruto la música";
- "Realmente fue un proceso increíble".

5.2 Análisis en torno a las variables de estudio

Este capítulo busca condensar el análisis concerniente a las variables de estudio, ya que fue a estas a las que se le apuntó a través de la ejecución del proceso de musicoterapia y es a través de ellas que se puede dar cuenta del alcance de esta herramienta terapéutica sobre el tipo de ansiedad objeto de esta investigación.

5.2.1 Variable principal: ansiedad por *performance* musical

Como se expuso en los Numerales 4.3.1 y 5.1.2.5, la APM de la muestra poblacional tuvo una disminución estadísticamente significativa después del proceso de musicoterapia, la cual se sustenta

según lo descrito en los Numerales 4.3.2 y 5.1, a través de lo analizado mediante los diferentes instrumentos de evaluación cualitativa. Como es sabido, para lograr este resultado fue fundamental entender la APM como una afección multicausal y así apuntarle a su tratamiento abordando diferentes raíces, en línea con lo planteado por Kenny (2011), y seleccionar estrategias enfocadas en los síntomas específicos del grupo a tratar, de acuerdo con lo planteado por Da Cunha (2013).

Según los resultados obtenidos para la muestra poblacional, de los tres principales factores que aportaban a la APM antes del proceso de musicoterapia, dos correspondían a vulnerabilidad psicológica específica (1 y 2) y uno a vulnerabilidad psicológica generalizada (7). Es importante resaltar que este no es el primer estudio que encuentra que los factores que más contribuyen a la APM en estudiantes universitarios de música son los factores 1 y 2 de la versión de ocho factores del K-MPAI; en 2023, Montiel-Guirado y Clares-Clares (2023) publicaron un artículo en el que mencionan que dichos factores fueron dos de los que presentaron puntuaciones más altas para una muestra poblacional de 403 estudiantes de pedagogía musical en Murcia, España.

Esto se alinea con el hecho de que la ansiedad generalizada responde comúnmente a la presencia de vulnerabilidad biológica y psicológica generalizada, pero los desórdenes más específicos (como lo es la APM) requieren la presencia de la vulnerabilidad psicológica específica (Kenny y Osborne, 2006; Suárez et al., 2009), pues se asocian a experiencias puntuales, cuyas reacciones se dan en personas que ya son vulnerables psicológicamente (Kenny, 2011).

En el caso de la APM, lo anteriormente descrito puede relacionarse con el hecho de que causa que las personas que la padecen tiendan a tener mayores expectativas de ellas mismas, mayor rumiación posterior al evento detonante de la ansiedad y mayor miedo de su propia evaluación del desempeño que hayan tenido, en comparación con personas que padecen otros trastornos de ansiedad menos específicos (Abbott y Rapee, 2004; Powell, 2004 y Stoeber y Eismann, 2007, citados por Kenny, 2011).

Todo esto, se asocia con el detonante puntual que son los *performances* musicales, por lo cual puede entenderse que la aparición de APM dependa de la vulnerabilidad psicológica específica y no solo de las vulnerabilidades biológica y psicológica generalizada.

Además, el hecho de que los tres factores más representativos de la APM para la muestra poblacional incluyeran el factor relacionado con ansiedad somática, es decir, aquel que involucra síntomas

físicos, refleja el planteamiento de Kenny (2011), acerca de que el detonante de la APM (la ejecución musical) es demandante tanto a nivel cognitivo como a nivel físico, a diferencia de otros tipos de ansiedad menos específicos, en cuyos detonantes no necesariamente hay componentes físicos.

También es importante resaltar que, como lo menciona Estes (2024), tratar la APM puede contribuir también a mejorar el manejo de los síntomas de ansiedad social generalizada en contextos ajenos al performance musical, de modo que lograr una reducción en los síntomas de APM mediante la musicoterapia se convierte también en un indicio de que esta herramienta terapéutica puede ser útil para otros tipos de ansiedad como la ansiedad social, incluso si su implementación no va dirigida específicamente a ella.

De los tres factores detectados como principales en la muestra poblacional, los dos de la vulnerabilidad psicológica específica fueron los que mostraron mayores cambios después del proceso de musicoterapia, según el análisis estadístico (Tabla 4-5; Fig. 4-5), incluyendo el factor relacionado con síntomas físicos (factor 1) y siendo el otro (factor 2) el único que mostró diferencia estadísticamente significativa. Por su parte, el factor de vulnerabilidad psicológica generalizada (7) fue el cuarto factor que presentó mayores cambios después del proceso, en seguida del factor 3 (depresión o desesperanza) también de esta vulnerabilidad.

De lo anterior puede concluirse que el proceso de musicoterapia realizado impactó principalmente la vulnerabilidad psicológica específica y en segundo lugar la psicológica generalizada, lo cual es relevante y valioso teniendo en cuenta que la APM es una ansiedad específica y, por lo tanto, no se desencadena si las personas presentan únicamente vulnerabilidad psicológica generalizada y biológica generalizada, sino que depende de que también presenten vulnerabilidad psicológica específica.

Cabe resaltar que, como parte de las ganancias que resaltaron los participantes a partir del proceso de musicoterapia, mencionaron el haberlo vivido junto con otras personas y haber recordado diferentes razones y vivencias que los llevan a disfrutar la música, lo cual refleja herramientas de vital importancia para manejar la APM resaltadas por Kenny (2011), tales como obtener apoyo emocional cuando sea necesario y experimentar el disfrute de la música. El apoyo emocional, especialmente entre pares, también es resaltado como una herramienta fundamental para el manejo de la APM por autores como Huawei y Jenatabadi (2024).

De forma paralela al abordaje de la APM desde las vulnerabilidades planteadas por Barlow (2002), otros estudios, como el de Spahn et al. (2024), no abordan el estudio de la APM desde dichas vulnerabilidades, sino desde rasgos de personalidad como el neuroticismo, la extroversión, la apertura mental, la amabilidad o la conciencia, y afirman que estos pueden impactar de manera importante la tendencia de los músicos a padecer este tipo de ansiedad.

Desde una perspectiva tal, podría entrar a evaluarse qué rasgos de personalidad estarían asociados a los factores que tuvieron puntajes más altos en la muestra poblacional del estudio antes del proceso de musicoterapia, en aras de entender desde allí los resultados; sin embargo, dado que la estructura del K-MPAI utilizado en este estudio tiene base teórica en la idea de la ansiedad basada en las emociones de Barlow (2002) y las tres vulnerabilidades que el mismo menciona, resultaría impreciso analizar los resultados desde perspectivas ajenas a dicha base teórica. No obstante, es importante resaltar otros enfoques que, en estudios complementarios, podrían aportar al análisis de los resultados desde otras perspectivas.

Finalmente, dado que en el siguiente Numeral se profundizará acerca del impacto del proceso de musicoterapia sobre las variables específicas de esta investigación, a continuación, se resume el análisis de los factores del K-MPAI (Kenny, 2016) que no se evaluaron a profundidad, pero que, igualmente, hacen parte de la APM de la muestra poblacional (Tabla 4-3; Fig. 4-2).

- El factor 3, depresión o desesperanza, clasificado por Kenny (2023) como parte de la vulnerabilidad psicológica generalizada, según la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow (2002), presentó un valor intermedio antes del proceso de musicoterapia ($\bar{x}$ = 56,5 %) y una tendencia a la reducción luego del mismo ($\bar{x}$ = 45,6 %), sin alcanzar significancia estadística y permaneciendo en el mismo rango entre quintiles de la escala establecida para el presente estudio.

- El factor 4, empatía parental, clasificado por Kenny (2023) como parte de la vulnerabilidad biológica generalizada, según la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow (2002), presentó un valor intermedio bajo antes del proceso de musicoterapia ($\bar{x}$ = 37 %) y una tendencia al aumento luego del mismo ($\bar{x}$ = 41 %), sin alcanzar significancia estadística y pasando al rango entre quintiles intermedio de la escala establecida para el presente estudio.

Cabe aclarar que esta tendencia al aumento no parece ser generada por el proceso de musicoterapia, ya que es muy leve y este factor no fue tenido en cuenta como parte de ninguna etapa del proceso.

- El factor 5, memoria, clasificado por Kenny (2023) como parte de la vulnerabilidad psicológica específica, según la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow (2002), presentó un valor intermedio bajo antes del proceso de musicoterapia ($\bar{x}$ = 31,0 %) y una tendencia a la permanencia luego del mismo ($\bar{x}$ = 31,1 %), sin alcanzar significancia estadística y permaneciendo en el mismo rango entre quintiles de la escala establecida para el presente estudio.

- El factor 6, transmisión generacional de ansiedad, clasificado por Kenny (2023) como parte de la vulnerabilidad biológica generalizada, según la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow (2002), presentó un valor intermedio alto antes del proceso de musicoterapia ($\bar{x}$ = 65,1 %) y una tendencia a la permanencia luego del mismo ($\bar{x}$ = 64,6 %), sin alcanzar significancia estadística y permaneciendo en el mismo rango entre quintiles de la escala establecida para el presente estudio.

- Finalmente, el factor 8, vulnerabilidad biológica, clasificado por Kenny (2023) como parte de la vulnerabilidad biológica generalizada, según la teoría de triple vulnerabilidad de Barlow (2002), presentó un valor intermedio antes del proceso de musicoterapia ($\bar{x}$ = 57,1 %) y una tendencia a la reducción luego del mismo ($\bar{x}$ = 43,9 %), sin alcanzar significancia estadística y permaneciendo en el mismo rango entre quintiles de la escala establecida para el presente estudio.

5.2.2 Variables específicas

Como se describió en el Numeral 4.1, las variables determinadas como principales componentes de la APM en la muestra poblacional se trabajaron de manera conjunta a través de la planeación de sesiones en las cuales se implementaron combinaciones de los métodos de la musicoterapia de manera articulada (Anexo B). Es decir, no se abordaron las variables de manera separada, eligiendo métodos o actividades específicas para cada una, sino diseñando sesiones que aportaran al trabajo

de todas, o al menos al de dos de ellas por sesión, o al de elementos que hicieran parte del manejo integral de la ansiedad, tales como la expresión emocional.

Lo anterior respondió a la característica de terapia breve del proceso implementado, por la cual se buscó que todas las actividades y sesiones fueran de alto impacto, de modo que cada variable de estudio pudiera trabajarse en todas o la mayoría de las sesiones. Igualmente, respondió al objetivo de implementar todos los métodos de la musicoterapia de manera integral y articulada.

Como se describió en el Numeral 5.1.2.4, los hallazgos obtenidos a partir de cada método indican que, al menos con los tres implementados con mayor frecuencia, lograron abordarse todas las variables del estudio e, incluso, lograron impactarse también los otros factores del K-MPAI que no fueron centro de atención como parte de esta investigación.

A continuación, se profundizará en el impacto del proceso de musicoterapia sobre cada uno de los factores de la APM que se seleccionaron como variables específicas para este estudio, de acuerdo con el constructo de ocho factores del K-MPAI (Kenny, 2016).

5.2.2.1 Cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros (factor 2 del K-MPAI)

Además del resultado general del K-MPAI (Z = -2,045, p = 0,041), el factor 2 fue el único que presentó reducción estadísticamente significativa en sus valores después del proceso de musicoterapia (Z = -1,96, p = 0,05). El reflejo de esto en la práctica pudo observarse a través de la expresión verbal de los participantes tras algunas actividades, cuando manifestaron que habían adquirido confianza en las sesiones de musicoterapia y se habían sentido con la tranquilidad de equivocarse, lo cual les había permitido dejarse fluir; o que, tras sentirse bloqueados, habían decidido dejar de pensar y despreocuparse por si el resultado salía bonito y entonces ya todo había salido bien (en sus palabras).

La disminución de las cogniciones negativas sobre el escrutinio propio y de otros también se vio reflejada en la práctica a través de las letras de las composiciones (Numeral 4.3.2.2.2; Anexos N a R), muchas de las cuales denotan que los participantes concientizaron la importancia de reconocer sus habilidades y sus logros, lo que indica un cambio en el pensamiento, pasando de fijarse en los errores y en la posibilidad de equivocarse, a reconocer sus capacidades.

Dado que ese enfoque en las capacidades u otros aspectos favorables propios es parte del eje central de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2014), es valioso resaltar que los hallazgos de este estudio muestran que la musicoterapia puede implementarse como una herramienta terapéutica convergente con ese enfoque de la psicología.

También, las manifestaciones de los participantes a través de la entrevista escrita final indican que, luego del proceso, estos redujeron sus pensamientos de frustración profesional y fortalecieron sensaciones de encuentro y paz consigo mismos, refiriéndose al proceso de musicoterapia con frases como “ha sido como volver a mi centro de alguna manera”, entre otras (Numeral 4.3.2.3). Esto se alinea con investigaciones como la de Ponce de León-Barranco y del Olmo-Barros (2020) en España, en la que se evidenció un aumento en la motivación profesional y la autoestima de estudiantes universitarios de música luego de pasar por un proceso de musicoterapia.

Reducir el valor de este factor de la APM es un logro que contribuye a mantener el control de las cogniciones sobre el escrutinio propio, al restarle importancia a la búsqueda de un perfeccionismo que es irreal y al cambiar la forma de enfrentar o contrarrestar síntomas de la APM y temores de la misma, como el de equivocarse durante un *performance* musical, volviendo a la persona más adaptable a las situaciones y ampliando su capacidad de metacognición, es decir, la capacidad de tomar distancia de las situaciones y verlas desde una perspectiva de contexto y no solo como eventos aislados (Kenny, 2011).

Además, los resultados relacionados con el impacto de la musicoterapia sobre este factor de la APM también reflejan una disminución en la necesidad de los músicos de tocar “para agradar al otro” más que para atender el placer que los lleva a dedicarse a la música, con lo cual se está reduciendo uno de los principales efectos del miedo escénico por el cual los músicos desvían su atención durante una presentación hacia la necesidad de tocar con perfección en vez de dirigirla a expresar emocionalmente lo que los conecta con la música (Buscadores Flamencos, 2022).

Lo anterior se alinea con el planteamiento de Estes (2024), de que el acto de hacer un *performance* musical una actividad social en la que la misión de la audiencia es juzgar el rol del intérprete y, en muchas ocasiones, las críticas negativas pueden acumularse mentalmente en los intérpretes hasta formar ideas difíciles de manejar sin preparación específica para ello. A partir de esto, se resalta aún

más el valor de encontrar procesos terapéuticos como la musicoterapia, que le den a los músicos, por un lado, herramientas para afrontar desafíos propios de su quehacer musical como los juicios generados por sus audiencias, y, por otro lado, herramientas para evitar la generación de idas sobre sus *performances* a raíz de las críticas negativas recibidas.

La importancia de reducir la puntuación de este factor también recae en la influencia que tienen las cogniciones sobre el comportamiento y las emociones, de acuerdo con lo planteado por la terapia psicológica cognitivo conductual (Kenny, 2011). Además, teniendo en cuenta que todos estos son elementos que contribuyen a la aparición y la perdurabilidad de los desórdenes de ansiedad, impactar uno de ellos y a través de él impactar a los otros es un efecto encadenado que, sin duda, contribuye de forma integral al manejo de los síntomas de APM.

Relacionado con lo anterior, es importante resaltar que diferentes terapias psicológicas (Kenny, 2011) y técnicas como la programación neurolingüística (Montiel-Guirado y Clares-Clares, 2023) se enfocan en trabajar las cogniciones como parte de los tratamientos para la APM u otros tipos de ansiedad, incluyendo la ansiedad generalizada.

Esto refuerza la importancia del hallazgo de este estudio acerca del valor de la musicoterapia como herramienta para trabajar las cogniciones negativas relacionadas con el escrutinio propio y por parte de otros en estudiantes de música que padecen APM, pues abre el abanico de posibilidades terapéuticas para tratar este tema que es de tanto interés a la hora de abordar la ansiedad desde diferentes enfoques terapéuticos.

5.2.2.2 Ansiedad somática proximal y preocupación por el *performance* (factor 1 del K-MPAI)

Después del factor 2 y sin tener en cuenta el resultado global del K-MPAI, el factor 1 del inventario fue el segundo que presentó mayor disminución en su valor para la muestra poblacional luego del proceso de musicoterapia. Aunque no presentó reducción estadísticamente significativa ($Z = -1{,}913$; $p = 0{,}056$), sí tuvo tendencia a la disminución y pasó del rango entre quintiles intermedio alto al intermedio, según la clasificación utilizada para este estudio.

En la práctica, esto pudo observarse en comportamientos de los participantes como tomar la iniciativa más fácilmente para realizar improvisaciones o presentar composiciones, con respecto al

principio del proceso, cuando se tomaban más tiempo (Numeral 4.3.2.1; Anexo J). Esto puede mostrar un mejor control de los pensamientos asociados a la preocupación por el *performance*.

Igualmente, los comentarios relacionados con despreocuparse por la posibilidad de equivocarse durante una improvisación o la presentación de una composición, animarse a hacerlo y continuar a pesar de tener la sensación de no estar realizando una ejecución perfecta, o sentir que habían empezado a tocar mejor al dejar de pensar en si lo estarían haciendo bien (Numeral 4.3.2.1), también muestran una disminución en la preocupación por el *performance*.

En cuanto a la ansiedad somática, comentarios como "mi respiración es la clave para poder seguir a flote" o "pude explorar sensaciones que contribuyen a sentirme en control de mi cuerpo […] en situaciones incómodas, exigentes o desafiantes", entre otros (Numeral 4.3.2.3), muestran una ganancia de herramientas para no dejarse llevar por los síntomas físicos de la APM.

Igualmente, los resultados obtenidos al implementar musicoterapia receptiva mostraron que muchos participantes pudieron relajarse a partir de las actividades que involucraron el método (Numeral 4.3.2.1.1), incluso, un participante manifestó que las actividades de este tipo le permitieron experimentar "un descanso rico".

Reducir el valor de este factor es valioso, pues contribuye a que los músicos puedan disfrutar más sus *performances* musicales, no solo por el hecho de cambiar el foco de pensamientos, reemplazando las preocupaciones en torno al *performance* por la capacidad de enfocarse en la música que están tocando, lo cual contrarresta de manera importante el miedo escénico (Buscadores Flamencos, 2022), sino también por reducir las sensaciones físicas incómodas que produce la ansiedad somática, que pueden percibirse como incontrolables y que pueden afectar la ejecución musical (Kenny, 2011).

La reducción de este factor también contribuye a un mayor cuidado del cuerpo mediante el aumento en el control del mismo ante los síntomas de la ansiedad somática. Esto, además de ser fundamental para el bienestar integral de cualquier persona, también es de suma importancia específicamente para los músicos por ser el cuerpo su medio de trabajo más importante.

En este contexto, puede sugerirse que la musicoterapia podría tener efectos convergentes con otras técnicas, como la Alexander, que también contribuyen a aumentar la consciencia y el control mental

sobre los movimientos corporales para evitar patrones corporales perjudiciales, reemplazándolos por patrones benéficos. Incluso, algunos estudios también han reportado mejorías en los niveles de APM por medio de esta técnica enfocada en el cuerpo (Klein et al., 2014).

5.2.2.3 Aprensión ansiosa (factor 7 del K-MPAI)

Este factor del K-MPAI no tuvo cambios estadísticamente significativos en la muestra poblacional después del proceso de musicoterapia (Z = -1,277, p = 0,201); sin embargo, presentó tendencia a reducirse y, sin contar el resultado general, fue el cuarto factor que presentó mayor disminución, pasando del rango entre quintiles intermedio alto al intermedio, según la clasificación establecida para este estudio.

En la práctica, la disminución de la aprensión ansiosa pudo observarse por dos medios; primero, a través de las actividades realizadas, especialmente aquellas de la última etapa del proceso (ver Numeral 4.3.2.1 y Anexo J), en las que se observó que hacia el final del proceso la mayoría de los participantes se mostraron más serenos antes de presentar sus composiciones o hacer sus improvisaciones, lo cual denota un mayor control de la situación y de sus emociones y pensamientos a la hora de tocar.

Por otro lado, la disminución de la aprensión ansiosa pudo observarse mediante los hallazgos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación cualitativa (Numerales 4.3.2.1.1, 4.3.2.1.2 y 4.3.2.2). Comentarios como “me llevo eso de tener en cuenta cómo prepararme para tocar, pero no solo en el instrumento sino en la mente”, “calmar la mente, que es mucho más difícil […] aprender a tranquilizarla”, “me llevo herramientas […] como sentarme un momento y decir, bueno, estamos presentes y aquí”, entre otros, dan cuenta del desarrollo de la capacidad de calmarse ante los detonantes o el inicio de síntomas de la aprensión ansiosa.

Otros instrumentos de evaluación cualitativa, como el análisis de las improvisaciones (Numeral 4.3.2.2.1; Anexo M), permitieron notar una mayor duración de las mismas al final del proceso en uno de los grupos, lo cual puede ser indicio de una mayor calma y disfrute a la hora de tocar. Igualmente, los comentarios sobre las improvisaciones y sobre las composiciones fueron más amplios al final del proceso, denotando un mayor empoderamiento hacia los productos musicales y un mayor control de las emociones y los pensamientos desfavorables que se detonan por la aprensión ansiosa. Cabe resaltar que dicho control de las emociones denota un desarrollo de la inteligencia

emocional logrado durante el proceso de musicoterapia, el cual es esencial para el manejo de la APM, como lo afirman Huawei y Jenatabadi (2024).

Teniendo en cuenta que en este factor predominan la carencia de afecto propio y las cogniciones negativas sobre las habilidades de afrontamiento propias (Kenny, 2011), reducir sus valores es relevante pues significa que puede contribuirse directamente al fortalecimiento del afecto propio en las personas y al auto reconocimiento de sus habilidades a nivel general.

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo planteado por Woody y Nosen (2008) acerca de que la aprensión ansiosa puede intensificar las sensaciones físicas de la ansiedad y puede detonar pensamientos catastróficos, reducir sus valores implica también hacer un aporte a la reducción del factor 1 de ansiedad somática e, incluso, a factores como el 2, el 3 y el 6, relacionados con condiciones que también pueden desencadenar en pensamientos catastróficos.

Disminuir los valores de la aprensión ansiosa (y por lo tanto las sensaciones de la ansiedad somática) contribuirá, además, a evitar que la ejecución musical se vea afectada y, por lo tanto, a cortar el círculo en el que posibles situaciones desfavorables (ejecuciones musicales deterioradas) pueden reforzar la aprensión ansiosa y esta, a su vez, promover la ocurrencia de situaciones desfavorables durante los *performances* musicales (Kenny, 2011).

5.3 Análisis en torno a la hipótesis y la pregunta de investigación

Para dar cierre al análisis de este estudio es fundamental discutir la hipótesis inicial del mismo, así como condensar la respuesta a la pregunta de investigación. **En cuanto a la hipótesis**, puede decirse que esta se probó favorablemente, resaltando que, como en cualquier estudio, esta se afirma como probada para la muestra poblacional con la que se trabajó y en cumplimiento de las características específicas del proceso de musicoterapia implementado (Numerales 4.1 y 5.1.2.3). Cabe recordar, como se ha mencionado antes, que al ser pequeño el tamaño poblacional en este estudio, los resultados obtenidos aplican únicamente para la muestra poblacional del mismo y no deben generalizarse para la población de interés.

De esta manera, más que aseverar que la musicoterapia *reduce* los síntomas de la APM en los estudiantes universitarios de música y *evita* la frustración profesional en esta población, se afirma que **funciona como herramienta terapéutica** que **puede contribuir** a la reducción de síntomas de APM en la población de interés y, de este modo, **aportar** a que se presente menos frustración profesional en la misma.

Así, esta investigación contribuye al campo del conocimiento de la musicoterapia como herramienta terapéutica para el tratamiento de trastornos de ansiedad específicos, como lo es la APM, en poblaciones específicas, como lo son los estudiantes de música en Colombia. Asimismo, este estudio refuerza el planteamiento de Beltrán-Zaldumbide y Borja-Narváez (2022), acerca de que la musicoterapia puede ser una posible alternativa de abordaje terapéutico para la ansiedad escénica en general.

Los resultados obtenidos y la hipótesis probada bajo las condiciones de la presente investigación, permiten agregar la musicoterapia a la lista de herramientas terapéuticas que han sido efectivas para el tratamiento de la APM en poblaciones específicas, entre las cuales ya se han publicado resultados positivos para herramientas como el yoga y la meditación (Khalsa et al., 2009), la técnica Alexander (Klein et al., 2014), la relajación progresiva, la terapia cognitivo-conductual, el *biofeedback* (Nagel, 2010), las técnicas de respiración (Studer et al., 2011; Su et al., 2010) y la terapia de aceptación y compromiso (Viator et al., 2024), entre otras.

Por otro lado, **ante la pregunta de investigación**, los resultados expuestos en el Capítulo 4 y el análisis desplegado hasta el momento en el presente Capítulo pueden condensarse en responder que la musicoterapia tiene la posibilidad de contribuir a la reducción de los síntomas de APM en estudiantes universitarios de música mediante el aporte de herramientas para:

- la relajación,
- la defusión cognitiva,
- la identificación de esquemas mentales nocivos para sí mismos y la oportunidad de cambiarlos por nuevas maneras de enfocar las situaciones que les detonan APM,
- la obtención de calma ante su quehacer,
- el auto reconocimiento de sus habilidades y logros, y
- el control de los síntomas físicos de la ansiedad,

entre otras.

Adicionalmente, cabe resaltar que la implementación de la musicoterapia a través de grupos de encuentro en el marco de una terapia breve genera valores agregados para la reducción de los síntomas de APM, al poner en práctica y ofrecer los beneficios de los conceptos de universalidad y fenómeno de espejo.

De esta forma, la musicoterapia puede contribuir a que se presente menor frustración profesional en la población de interés, permitiéndole a los participantes redirigir su foco de atención hacia:

- las razones que los llevaron y los llevan día a día a elegir su profesión,
- reconocer, recordar y fortalecer las sensaciones placenteras que les da la misma,
- aceptar los posibles errores y la imperfección como parte de su quehacer, comprendiendo que esto no les quita valor profesional ni personal, y
- reconocer sus habilidades y logros,

entre otros aportes.

Lo anterior puede resumirse, partiendo del planteamiento de Buscadores Flamencos (2022), en que la musicoterapia ayuda a contrarrestar la necesidad de los músicos con APM de tocar “para agradar al otro” y fortalece la importancia de atender el placer que los lleva a dedicarse a la música, ayudando a que enfoquen su atención en expresar emocionalmente lo que los conecta con la música en vez de buscar perfección en la ejecución. Esto, en conjunto, puede favorecer la satisfacción con la profesión y, por lo tanto, prevenir la frustración profesional.

Finalmente, al contribuir de esta manera al manejo de la APM, la musicoterapia puede tener un efecto secundario favorable sobre la autoestima de las personas, al restarle importancia al escrutinio por parte de otros y fortalecer las auto afirmaciones y los auto reconocimientos, según lo planteado por Kenny (2011). Igualmente, puede tener un efecto secundario favorable sobre la calidad musical de las presentaciones de los estudiantes de música, a pesar de que la APM no haya desaparecido por completo (Viator et al., 2024).

5.4 Limitaciones del estudio

Este estudio presentó algunas limitaciones que seguramente impidieron resultados y conclusiones más robustos y que han venido mencionándose brevemente en el desarrollo de este análisis. A resaltar como una de las principales limitaciones se encuentra el tamaño de la muestra poblacional, que al ser tan pequeño no es representativo de la población de interés y, por lo tanto, impide la

generalización de los resultados, sobre todo los relacionados con el análisis estadístico, así como de las conclusiones. Lo anterior obliga a aclarar nuevamente que todo lo obtenido aplica exclusivamente para la muestra poblacional del estudio y que se requeriría la realización de estudios que amplíen bastante la muestra poblacional para poder generar conclusiones a nivel poblacional y no solo muestral.

Otra limitación importante fue la asistencia de los participantes a las diferentes sesiones del proceso de musicoterapia (72 % teniendo en cuenta a los 11 participantes que asistieron a la sesión final y <72 % teniendo en cuenta a los 14 participantes que hicieron parte del proceso). La falta de continuidad de varios de los participantes representó un desafío para la ejecución de las sesiones de manera hilada y seguramente redujo el impacto del proceso para estos participantes, generando, consecuentemente, una limitación en la disponibilidad de material para analizar y, quizás, menores resultados de los que habrían podido obtenerse ante una asistencia del 100 % para todos los participantes.

Finalmente, el espacio disponible para la realización de las sesiones también se convirtió en una limitación, ya que el lugar destinado para tal fin tuvo disponibilidad intermitente durante la segunda mitad del proceso debido a situaciones de orden público que afectaron las instalaciones de la Universidad Nacional de Colombia. Esto fue mencionado por los participantes como una desventaja del proceso, ya que, el espacio alterno conseguido no estaba aislado de ruido y era más limitado en cuanto a los instrumentos musicales disponibles.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta el tamaño y las características de la muestra poblacional de esta investigación, así como las características del proceso de musicoterapia implementado, a partir del presente estudio, pueden generarse las siguientes conclusiones:

1. La musicoterapia, implementada mediante una terapia breve a través de grupos de encuentro, contribuyó a la reducción de síntomas de APM en los estudiantes universitarios de música que conformaron la muestra poblacional de este estudio y, así, aportó a disminuir su frustración profesional.

2. Algunos de los principales síntomas que experimentan los estudiantes universitarios de música que padecen de APM y que hicieron parte de la muestra poblacional de este estudio, son, entre otros:
    - la generación de esquemas autoderrotistas y autocríticas agresivas; la atención desmedidamente elevada a la posible crítica de terceros;
    - la somatización de la ansiedad y las cogniciones negativas propias, generando sensaciones incómodas y difíciles de controlar a nivel corporal, especialmente antes de las presentaciones en público; y
    - el cambio de enfoque en los pensamientos antes de las presentaciones, desviándose hacia pensamientos catastróficos,

3. El diseño y la ejecución de un proceso de musicoterapia para el tratamiento de la APM, abordando esta condición multifactorial desde sus diferentes causas y centrando el proceso en los síntomas y manifestaciones específicas del grupo de personas a tratar, facilitó su tratamiento y potenció los resultados del proceso terapéutico. Igualmente, la implementación

de los cuatro métodos de la musicoterapia de manera integral y articulada fortaleció el alcance del proceso.

4. Para el caso puntual del tratamiento de la APM, los diferentes métodos de la musicoterapia presentaron los siguientes beneficios:
   - el método receptivo fue una herramienta valiosa para generar estados de relajación, promover la identificación de pensamientos, sensaciones y emociones y estimular la imaginería y la visualización;
   - el método de re-creación fue una herramienta valiosa para generar estados de relajación y para promover la empatía y la formación de vínculos y apoyo en grupos de participantes que compartan esta condición;
   - el método de composición fue una herramienta valiosa para estimular la defusión cognitiva, el reconocimiento de aspectos favorables y satisfactorios propios y concientizar la importancia de tratarse de manera amable y positiva a sí mismas; y
   - el método de improvisación fue una herramienta valiosa para priorizar las sensaciones sobre los pensamientos a la hora de tocar.

5. El análisis de los productos musicales y las vivencias de los participantes durante el proceso de musicoterapia implementado como parte de este estudio, permite afirmar que la musicoterapia fue herramienta contribuyó a reducir los síntomas de APM en estudiantes universitarios de música. Además, dicho análisis evidenció que, como parte de esta contribución, la musicoterapia también ayudó a promover la expresión emocional y verbal en las personas.

6. De acuerdo con los resultados del K-MPAI de 8 factores (Kenny, 2016) aplicado antes y después del proceso de musicoterapia implementado como parte de este estudio, la APM de los estudiantes universitarios de música que conformaron la muestra poblacional presentó disminuciones estadísticamente significativas después del proceso implementado. Puntualmente, presentaron disminuciones estadísticamente significativas las cogniciones negativas acerca del escrutinio propio y por parte de otros (factor 2) y presentaron tendencias a la disminución la ansiedad somática proximal y la preocupación por el *performance*, la

aprensión ansiosa, la depresión o desesperanza y la vulnerabilidad biológica (factores 1, 7, 3 y 8, respectivamente).

7. Las vulnerabilidades psicológicas específica y generalizada de la teoría de la ansiedad basada en las emociones de Barlow (2002) pueden tratarse mediante procesos de musicoterapia, para controlar sus efectos sobre la aparición de trastornos de ansiedad específicos como la APM.

8. Además de los instrumentos de medición y evaluación específicos de la APM o de la musicoterapia, las entrevistas son una herramienta útil para evaluar el impacto de un proceso de musicoterapia, pues dan cuenta de las vivencias de los participantes de manera explícita.

9. La musicoterapia es una herramienta terapéutica de muy alto valor para las personas con amplios conocimientos académicos en música, pues sus conocimientos, habilidades y experiencia les permiten aprovecharla con mayor nivel de detalle y haciendo pleno uso de los diferentes elementos de la música. Además, si se trata de personas que dedican su vida profesional a la música, la musicoterapia resulta ser una herramienta terapéutica privilegiada para el tratamiento de la APM, pues a través de ella los participantes pueden enfrentar directamente situaciones, sensaciones, emociones y pensamientos que suelan sentir en sus vidas profesionales por causa de la APM.

10. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio de contar con una muestra poblacional pequeña y un porcentaje promedio de asistencia de los participantes a las sesiones menor a 72 %, cabe resaltar que la robustez estadística que permita corroborar los resultados aquí obtenidos y, en consecuencia, la eficacia de la musicoterapia como herramienta para tratar la APM en estudiantes universitarios de música de manera más generalizada, requeriría la ejecución de estudios con mayor cantidad de participantes y mayor nivel de asistencia por participante a las sesiones de musicoterapia.

6.2 Recomendaciones

Como en cualquier estudio en el que pretendan generarse conclusiones con relevancia estadísticas a nivel de grupo, las muestras poblacionales deben ser lo más grandes posibles, de modo que sean realmente representativas de la población de interés. Aunque no debe descartarse la realización de estudios con muestras poblacionales pequeñas, como fue el caso de este; es relevante apuntarle a la

investigación con muestras poblacionales más grandes que permitan generar resultados estadísticos más robustos.

Adicionalmente, tomando esta investigación como una primera aproximación al estudio de los efectos de la musicoterapia como herramienta terapéutica para tratar la APM en estudiantes universitarios de música, medidos a partir de un inventario psicológico específico para este tipo de ansiedad, es recomendable continuar la investigación en este campo, de modo que se abarque una mayor cantidad y diversidad de personas de la población de interés y se generen, así, resultados más robustos que permitan plantear conclusiones más generales sobre este tema.

Por otro lado, es fundamental resaltar el valor de la musicoterapia como herramienta terapéutica para personas con amplios conocimientos académicos en música, por lo cual se recomienda fomentar y promover la implementación de la musicoterapia como herramienta terapéutica con esta población, bien sea para tratar la APM u otras condiciones, trastornos, dolencias, situaciones o, incluso, para mantener el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Adicionalmente, aunque en este estudio se propuso implementar la musicoterapia a través de una terapia breve y se presentaron y analizaron los resultados a partir de ese diseño, es valioso pensar en implementar también otros diseños de procesos terapéuticos para aumentar la investigación sobre los efectos de la musicoterapia en los síntomas de APM en estudiantes universitarios de música y, así, ampliar el conocimiento en este campo.

Bibliografía

Agirre-Maiora, A., Mendiguren-Galdospin, T. y Iturregui-Mardaras, L. (2015). La superación del miedo escénico en el aula de locución informativa. *Opción, 31*(No. Especial 5), 15–32. https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/20637/20541

Aldana-Guzmán, C. E. (2022). *La musicoterapia en el fortalecimiento de la metacognición en estudiantes de pregrado en música de la Universidad Sergio Arboleda con el fin de promover el engagement académico*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/80844/1026561123.2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Allen, R. (2013). *Free improvisation and performance anxiety among piano students.* [Tesis de doctorado, Boston University]. https://www.proquest.com/openview/3466185a98ca02a9e240177cd43470a2/1?pq-origsite=gscholarycbl=18750

American Music Therapy Association. (2024). *History of Music Therapy*. Recuperado el 11 de febrero de 2024 de https://www.musictherapy.org/about/history/

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5TM* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices, 2*(2). https://voices.no/index.php/voices/article/view/1590/1349

Arango-López, M. J., Avendaño-Vélez, L., Cortés-Barrios, V., Echeverri-Hinestroza, M., Malagón-Gómez, T. y Velásquez-Mesa, S. (2021). *Efecto de la musicoterapia sobre el estrés y la ansiedad en estudiantes de universidad*. [Tesis de maestría, Universidad CES]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/102919/Narcizo_GJC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. https://www.researchgate.net/publication/12476725_Emerging_Adulthood_A_Theory_of_Development_From_the_Late_Teens_Through_the_Twenties

Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: what is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives, 1*(2), 68-73. https://www.researchgate.net/publication/227607501_Emerging_Adulthood_What_Is_It_and_What_Is_It_Good_For

Avance Crecimiento Personal. (s.f.). *Conócenos*. Recuperado el 15 de agosto de 2024 de https://avancecrecimientopersonal.com/conocenos/

Barbar, A. E. M., Crippa, J. A. de S. y Osório, F. de L. (2014). Performance anxiety in Brazilian musicians: Prevalence and association with psychopathology indicators. *Journal of Affective Disorders*, 381–386. https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unal.edu.co/science/article/pii/S0165032713007271?via%3Dihub

Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and its disorders. The nature and tretment of anxiety and panic.* The Guilford Press.

Beltrán-Zaldumbide, M. A. y Borja-Narváez, D. S. (2022). *La ansiedad escénica en estudiantes de música y sus métodos de tratamiento, una revisión bibliográfica.* [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana]. https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22804/1/TTQ773.pdf

Brackett, M. (2020), *Permiso para sentir*. Editorial Planeta, S. A.

Bruscia, K. E. (2001). A Qualitative Approach to Analyzing Client Improvisations. *Music Therapy Perspectives, 19*(1), 7-21. https://doi-org.ezproxy.unal.edu.co/10.1093/mtp/19.1.7

Bruscia, K. E. (2007). Musicoterapia, métodos y prácticas. Editorial Pax México.

Burin, A. B., Barbar, A. E. M., Niremberg, I. S. y Osório, F. de L. (2019). Music performance anxiety: perceived causes, coping strategies and clinical profiles of Brazilian musicians. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 41*(4), 348-357. https://research-ebsco-com.ezproxy.unal.edu.co/c/ernpho/viewer/pdf/ldp2dj3aqn

Buscadores Flamencos. (5 de junio de 2022). *El músico con miedo toca para que lo quieran | Mauricio Weintraub - Sobremesa Flamenca # 12*. [Archivo de video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=Wvw_Fs3bOQgyt=1977s

Cáceres, A., Gelmini, R. y Giménez, I. (2018). *La deserción estudiantil en la Escuela de Música de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Rosario]. https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/585bbf2b-cbc6-47e7-874c-8f12e02779cb/content#:~:text=La%20deserci%C3%B3n%20estudiantil%20en%20la%20Escuela%20de%20M%C3%BAsica%20de%20la

Carrillo-Toro, C. M. (2022). *Estudio de caso sobre la experiencia de una estudiante de pregrado en música instrumental, en un proceso musicoterapéutico dirigido a la regulación del estrés académico*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/81672/0703793638.2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Chang-Arana, Á. M. (2015). *Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de ansiedad ante el desempeño musical de Kenny (IADM-K)*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/1081/Chang_Arana_Alvaro.pdf?sequence=1#:~:text=de%20investigaci%C3%B3n%20hacia%20una%20adaptaci%C3%B3n%20y%20estimaci%C3%B3n%20de%20las%20propiedades

Conti, G. (2018). *La Ansiedad por Performance Musical como emergente de las modalidades de intervención docente durante la clase de instrumento*. [Tesis de Maestría, Universidad de La Plata]. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/74956/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cornett, V. (2024). Music Performance Anxiety and Culturally Responsive Teaching. *The American Music Teacher, 73*(4), 18-22. https://research.ebsco.com/c/6s4j72/viewer/pdf/jfafj5qovj

Correa-Ortega, J. P. y Carbajal-Vaca, I. S. (2021). Predictores de desempeño académico y deserción en una licenciatura en música en México. *Revista Internacional de Educación Musical*, *9*, 33–41. https://journals-sagepub-com.ezproxy.unal.edu.co/doi/pdf/10.1177/23074841211046712

Cuesta-Flores, J. B. (2019). *Aportes de la musicoterapia en la percepción del estrés académico en estudiantes de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de la ciudad de Bogotá.* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77195/tesis%20%204%20nov..pdf?sequence=1&isAllowed=y

Da Cunha, A. S. (2013). *Ansiedade na performance musical: causas, sintomas e estratégias de estudantes de flauta.* [Tesis de maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70226/000876718.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Dalia-Cirujeda, G. (2004). *Cómo superar la ansiedad escénica en músicos: un método eficaz para dominar los "nervios" ante las actuaciones musicales.* Mundimúsica Ediciones.

Damián-Quinto, O. R. (2020). *La ansiedad en los estudiantes de música y estrategia para su mejora*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle]. https://repositorio.une.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f8df2efc-7954-4b32-99c8-9d01f911adfd/content

Diccionario Panhispánico de Dudas. (2023). *Performance*. Recuperado el 9 de febrero de 2014 de https://www.rae.es/dpd/performance.

Estes, N. S. (2024). *What's This Feeling? Understanding Elementary Music Performance Anxiety*. [Tesis de Maestría, Liberty University]. https://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2156&context=masters

Fajardo-Calvache, A. X. y Rodríguez-Caicedo, V. M. (2013). *Proceso de adaptación al contexto universitario de los estudiantes de primer semestre del programa de fisioterapia de la Universidad Mariana.* [Tesis de Maestría, Universidad de Nariño] https://sired.udenar.edu.co/3338/1/89760.pdf

Fehm, L. y Schmidt, K. (2006). Performance anxiety in gifted adolescent musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*, 98-109. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618504001367/pdf

Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder.

Gaviria-Jesurúm, L. F. y Suárez-Guzmán, E. (2008). *Comprensión del fenómeno de deserción de los estudiantes del programa de licenciatura en música de la Universidad Tecnológica de Pereira*. [Tesis de Maestría, Universidad de Manizales]. https://core.ac.uk/download/pdf/35215539.pdf

Gómez-Mejía, C. M. (2016). *Estratégias para o controle da ansiedade na performance musical*. [Tesis de Maestría, Universidade Federal da Paraíba]. https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8668/2/Arquivototal.pdf

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación.* (6 ed.). Mc. Grau Hill.

Huawei, Z., Jenatabadi, H. S. (2024). Effects of social support on music performance anxiety among university music students: chain mediation of emotional intelligence and self-efficacy. *Frontiers in Phychology*, 1-14. https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1389681/full

Hugo, M., Ferrari, K. D. y Schapira, D. (2007). El uso selectivo de la música editada. En D. Schapira, K. Ferrari, V. Sánchez, M. Hugo (Eds.). *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*. (pp. 165-175). Adim Ediciones.

IBM. (07 de diciembre de 2021a). *Prueba U de Mann-Whitney*. https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/beta?topic=tests-mann-whitney-u-test

IBM. (07 de diciembre de 2021b). *Dos muestras relacionadas: Tipos de prueba.* https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/beta?topic=sslvmb-subs-statistics-mainhelp-ddita-spss-base-two-related-samples-test-types-html

Kenny, D. T. y Osborne, M. S. (2006). Music performance anxiety: new insights from young musicians. *Advances in Cognitive Psychology, 2*(2-3), 103-112. https://www.researchgate.net/publication/26450060_Music_performance_anxiety_New_insights_from_young_musicians#fullTextFileContent

Kenny D. T. (2009a). Negative emotions in music making; Performance anxiety. En Julsin P. y Sloboda J. (Eds.). *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications.* (pp. 1–39). Oxford University Press. https://www.researchgate.net/publication/223995053_Negative_emotions_in_music_making_Performance_anxiety

Kenny, D. T. (2009b). The factor structure of the revised Kenny Music Performance Anxiety Inventory. *International Symposium on Performance Science*, 37-41. https://www.researchgate.net/publication/223995005_The_factor_structure_of_the_revised_Kenny_Music_Performance_Anxiety_Inventory

Kenny D. T. (2011). *The Psychology of Music Performance Anxiety*. Oxford University Press.

Kenny, D., Driscoll, T. y Ackermann, B. (2014). Psychological well-being in professional orchestral musicians in Australia: A descriptive population study. *Psychology of Music, 42*(2), 210–232. https://www.researchgate.net/publication/301790222_Psychological_well-being_in_professional_orchestral_musicians_in_Australia_A_study_of_anxiety_pain_and_depression

Kenny, D. T. (2016). *Kenny Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI) and scoring form*. https://www.researchgate.net/publication/299461895_Kenny_Music_Performance_Anxiety_Inventory_K-MPAI_and_scoring_form?_sg=vJ9lUL_nkuIpHttk92oZpfhZwDGhlN3nDOsfIpjIWdMuAakUGN14u3R8Ej_HbSsLs7bCVUQx8OIqTdQ&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6Il9kaXJlY3QifX0

Kenny, D. T. (2023). The Kenny music performance anxiety inventory (K-MPAI): Scale construction, cross-cultural validation, theoretical underpinnings, and diagnostic and therapeutic utility. *Frontiers in Psychology*, 01–12. https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1143359/full

Khalsa, S. B. S., Shorter, S. M., Cope, S., Wyshak, G. y Sklar, E. (2009). Yoga ameliorates performance anxiety and mood disturbance in young professional musicians. *Appl Psychophysiol Biofeedback, 34*, 279-289. https://research-ebsco-com.ezproxy.unal.edu.co/c/ernpho/viewer/pdf/m2j3wxesjb

Kim, Y. (2008) The effect of improvisation-assisted desensitization, and music-assisted progressive muscle relaxation and imagery on reducing pianists' music performance anxiety. *Journal of Music Therapy, 45*(2), 165-191. https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5ysid=051734a5-18ff-4361-90cc-bc11e0215d26%40redis

Klein, S. D., Bayard, C. y Wolf, U. (2014). The Alexander technique and musicians: a systematic review of controlled trials. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 14*(414). https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18ysid=051734a5-18ff-4361-90cc-bc11e0215d26%40redis

Lane, J. B. (2000) Overview of assessment and treatment issues. En M. Hersen, M. Biaggio (Eds.), *Effective brief therapies: a clinician's guide.* (pp. 3-15). Academic Press. https://web-p-

ebscohost-com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzkxMTQ1X19BTg2?sid=9420234f-eea7-4781-8d29-e1cff1a2368a@redisyvid=4yformat=EByrid=1

Linguee Dictionary. (2024). *Performance.* Recuperado el 9 de febrero de 2024 de https://www.linguee.com/english-spanish/search?source=autoyquery=performance

López-Calvache, L. C. (2013). *Efectos de una intervención musicoterapéutica en la ansiedad escénica de cinco cantantes en formación del conservatorio de la Universidad Nacional de Colombia*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://sired.udenar.edu.co/4092/1/Tesis%20musico%20Terapia%202017%20Nov.pdf

Martínez-Pineda, K. L. (2017). *Miedo escénico en estudiantes de música: una propuesta de intervención desde la terapia contextual.* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/60990/1020786051.2017.pdf?sequence=1yisAllowed=y

McDermott, I. y Jago, W. (2001) *Brief NLP therapy*. SAGE Publications. https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzI1MTU4OF9fQU41?sid=12758e48-26e9-416e-a591-b494bd4e2183%40redisyvid=2yformat=EByrid=1

Medina-Pachas, R. (2018). *Estrategia educativa para disminuir la deserción estudiantil en los estudiantes de la Facultad de Educación Artística - Especialidad de Música y Danza Folklórica de la Escuela Superior de Formación Artística Pública de Ancash – Huaraz, año 2014.* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo]. https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/10580/RT_Medina_Pachas_Raul.pdf?sequence=5yisAllowed=y

Miller, L. D., Shumka, E. y Baker, H. (2012). Special Applications: A Review of Cognitive Behavioral Mental Health Interventionsfor Children in Clinical and School-based Settings. En S. A. Lee y D. M. Edget. (Eds.) *Cognitive Behavioral Therapy: Applications, Methods and Outcomes.* (pp. 1-36). Nova Science Publishers, Inc. https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNTM5MzQ4X19BTg2?sid=d73a5add-7674-42e1-9141-8dd7f2e6c42d@redis&vid=2&format=EB

Montiel-Guirado, E. y Clares-Clares, E. (2023). Scenic Anxiety in Professional Music Education Studies Learners'. *Revista Electrónica de LEEME*, (51), 1-15. https://research-ebsco-com.ezproxy.unal.edu.co/c/ernpho/viewer/pdf/arb5uq5ru5

Nagel, J. J. (2010). Treatment of Music Performance Anxiety via Psychological Approaches: A Review of Selected CBT and Psychodynamic Literature. *Medical Problems of Performing Artists*, *25*(4), 141-148. https://www.jstor.org/stable/48710739?read-now=1yseq=1#page_scan_tab_contents

Organización Mundial de la Salud. (2023). Preguntas más frecuentes. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 29 de noviembre de 2023 de https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions

Ortiz-Brugués, A. (2011). Music Performance Anxiety—Part 2: A Review of Treatment Options. *Medical Problems of Performing Artists*, 26(3), 164-171. https://www.jstor.org/stable/48710714?read-now=1yseq=3#page_scan_tab_contents

Papageorgi, I., Hallam, S. y Welch, G. F. (2007). A conceptual framework for understanding musical performance anxiety. *Research Studies in Music Education*, (28), 83-107. https://www.researchgate.net/publication/249831140_A_conceptual_framework_for_understanding_musical_performance_anxiety

Papalia, D. E., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012), *Desarrollo Humano*, México, MacGraw Hill Education.

Pinto-Aguilar, G. G. (2018). *Evidencias de validez del Inventario de Ansiedad ante el Desempeño Musical en instrumentistas de la ciudad de Trujillo.* [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/24505/pinto_ag.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Ponce de León-Barranco, L. y del Olmo-Barros, M. J. (2020). Diseño e implementación de un programa de musicoterapia de improvisación en un conservatorio de música. Análisis de las percepciones de los participantes. *Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical*, *18*, 217–233. https://revistas.ucm.es/index.php/RECI/article/view/69085/4564456557325

Quick, E. K. (2008) *Doing what works in brief therapy: a strategic solution focused approach*. Elsevier Inc. https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzIxNjkxNV9fQU41?sid=12758e48-26e9-416e-a591-b494bd4e2183@redisyvid=2yformat=EB

Rasid, Z. M. y Parish, T. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence*, *33*(129). https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0ysid=0d78af6b-c50c-4352-92f7-0320b6678a7f%40redisybdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=EPTOC589758ydb=mdc

Rheinfelden, I. T. (2009). Emotionale Differenzierungsarbeit in der musiktherapeutischen Behandlung von Bühnenangst. En H. Schirmer (Ed.). *Jahrbuch Musiktherapie (Band 5)*. pp. 147-174. Reichert Verlag. https://medialibrary.reichert-verlag.de/de/file/9783752001877_008.pdf

Rodríguez-Ayan, M. N., Sotelo, M. E. (2014). Cuestionario de Adaptación a la Vida Universitaria (CAVU): desarrollo, estructura factorial y validación inicial. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, *6*(3), 40–49. https://www.researchgate.net/publication/277305023_Cuestionario_de_adaptacion_a_la_vida_universitaria_CAVU_desarrollo_estructura_factorial_y_validacion_inicial

Ryan, C. y Andrews, N. (2009). An investigation into the choral singer's experience of music performance anxiety. *Journal of Research in Music Education*, *57*(2), 108-126. https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3ysid=958585e8-b5c4-4e65-9358-0888ee166593%40redisybdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=42646996ydb=pbh

Sabino, A. D. V. (2019). *Ansiedade de performance musical, reconhecimento de expressões faciais e ocitocina.* [Tesis de Doctorado, Universidade de São Paulo]. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-12072019-074549/publico/ALINIDANIELIVIANA.pdf

Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez V. y Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*. Adim Ediciones.

Seminarios Insight. (2024). *Seminarios Insight*. Recuperado el 15 de agosto de 2024 de https://www.insightibero.com/about

Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive Psychology: An Introduction. En: M. Csikszentmihalyi. (Ed.) *Flow and the Foundations of Positive Psychology.* pp. 279-298. Springer.

https://www.academia.edu/39728351/Flow_and_the_Foundations_of_Positive_Psychology_The_Collected_Works_of_Mihaly_Csikszentmihalyi

Soleimani, B. y Dastbaz, A. (2023). Developing a model for the relationship between cognitive defusion and problem-solving with the mediationg role of metacognitive awareness in borderline personality disroder. *Journal of Research in Psychopathology*, *4*(13), 43-50. https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6ysid=faa04503-5e0b-4993-a06b-69fd7baecc7f%40redis

Spahn, C., Krampe-Heni, F., Hohagen, J., Immerz, A., Nusseck, M. (2024). Personality traits in musicians with different types of music performance anxiety. *Frontiers in Psychology*, 1-8. https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1398095/full

Stige, B. (2002). The Relentless Roots of Community Music Therapy. *Voices, 2(3)*. https://voices.no/index.php/voices/article/view/1583/1342

Stopa, L. (2021). *Imagery in Cognitive-Behavioral Therapy.* The Guilford Press. https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzI5NDMyNDhfX0FO0?sid=4d28f8de-f80a-491f-b8ec-ca9fb00c9580@redisyvid=2yformat=EB

Studer, R., Danuser, B., Hildebrandt, H., Arial, M. y Gómez, P. (2011). Hyperventilation complaints in music performance anxiety among classical music students. *Journal of Psychosomatic Research*, *20*, 557-564. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910004381/pdfft?md5=357673b4b7f6d9af737b5eb48e965a07ypid=1-s2.0-S0022399910004381-main.pdf

Su Y. H., Luh, J. J., Chen, H. I., Lin, C. C., Liao, M. J. y Chen, H. S. (2010). *Medical Problems of Performing Artists*, *25*(2), 82-86. https://www.jstor.org/stable/48710762?read-now=1#page_scan_tab_contents

Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R. y Barlow, D. H. (2009). Understanding Anxiety Disorders from a "Triple Vulnerability" Framework. En M. M. Anthony y M. B. Stein (Eds). *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (pp. 152-167) Oxford University Press. https://books.google.com.co/books?hl=esylr=yid=WSFnDAAAQBAJyoi=fndypg=PA153ydq=suarez+et+al+2009+triple+vulnerability+theory+of+anxietyyots=c1989WxCkdysig=vE4FRrsFR-XDZCJcy3BBWallgXA#v=onepageyq=suarez%20et%20al%202009%20triple%20vulnerability%20theory%20of%20anxietyyf=false

Taborsky, C. (2007). Musical performance anxiety: review of literature. *UPDATE: Applications of Research in Music Education*, *26*(1), 15.25. https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5ysid=958585e8-b5c4-4e65-9358-0888ee166593%40redisybdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=29371064ydb=asn

Tejada-Muñoz, S., Santillán-Salazar, S. L., Chávez-Illescas, M., Huyhua-Gutiérrez, S. C., y Sánchez-Chero, M. J. (2020). Musicoterapia en la reducción del estrés académico en estudiantes universitarios. *Medicina Naturista*, *14*(1), 86–90. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7248981.pdf

Thomas, J. P., Foss, L. y Carr, B. A. (2023). Musical Performance. Encyclopedia Britannica [versión electrónica]. Chicago, EUA: Encyclopædia Britannica, Inc. https://www.britannica.com/art/musical-performance.

Urrea-Veloza, J. A. (2016). *La musicoterapia en el desarrollo de la creatividad de estudiantes y egresados del programa de formación musical de la Universidad del Bosque*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia].

https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/56787/1019037355.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Urruzola, M. V., y Bernaras, E. (2020). Music performance anxiety in 8- to 12-year-old children. *Revista de Psicodidactica*, *25*(1), 76–83. https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unal.edu.co/science/article/pii/S2530380519300267/pdfft?md5=fee34814c55650654666bcc554c18a75&pid=1-s2.0-S2530380519300267-main.pdf

Viator, T. L., Levy, J. J., Murphy, B. A. (2024). Exploring the Relations among Psychological Flexibility, Music Performance Anxiety, and Perceived Performance Quality with University Music Students. *Music & Science, 7*,1-9. file:///C:/Users/DELL/Downloads/viator-et-al-2024-exploring-the-relations-among-psychological-flexibility-music-performance-anxiety-and-perceived.pdf

Woody, S. R. y Nosen, E. (2008). Psychological Models of Phobic Disorders and Panic. En M. M. Antony y M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. (pp. 209-224). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0016

Yondem, Z. D. (2007). Performance anxiety, dysfunctional attitudes and gender in university music students. *Social Behavior and Personality, 35*(10), 1415-1426. https://www.researchgate.net/publication/233658948_Performance_anxiety_dysfunctional_attitudes_and_gender_in_university_music_students