UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Musicoterapia a favor del manejo de la ansiedad en cuatro mujeres con disfonía espasmódica.

Laura Paola Mora Perdomo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Artes, Maestría en Musicoterapia
Bogotá, Colombia
2017

Musicoterapia a favor del manejo de la ansiedad en cuatro mujeres con disfonía espasmódica.

Laura Paola Mora Perdomo

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

Magíster en Musicoterapia

Director (a):

Miguel Ángel Basabe Rodríguez

Codirector (a):

Luisa Fernanda Ángel Gordillo

Línea de Investigación:

Musicoterapia Clínica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes, Maestría en Musicoterapia

Bogotá, Colombia

2017

Dedicatoria

A mi familia, amigos y profesores, por su apoyo incondicional a lo largo de estos dos años.

A estas cuatro mujeres que confiaron en mí y en la Musicoterapia.

Agradecimientos

Quiero agradecer primero a Dios por haberme permitido disfrutar de esta experiencia de crecimiento académico y personal, porque sé que cada paso que di a lo largo de esta maestría estuvo guiado por él y para él. A mis padres, amigos y familiares que siempre estuvieron apoyándome y animándome con amor, especialmente a mi madre y hermano por su paciencia y ejemplo. A mis compañeros de Maestría que fueron un gran apoyo y compañía, y que me enseñaron el real valor de la amistad. A mis amigos de Magníficat por sus oraciones y apoyo. A los profesores Juan Alberto Ortiz y Álvaro Ramírez, por creer en mí y apoyarme con todos sus conocimientos durante el planteamiento del proyecto, así como a mis directores de tesis Miguel Ángel Basabe y Luisa Fernanda Ángel por su apoyo, tiempo y dedicación en la realización de esta tesis. A todos mis profesores de la maestría por enseñarme, orientarme y apoyarme a través de sus conocimientos. A las participantes que generosamente me brindaron su tiempo y confianza a lo largo del proceso. Y a la Universidad Nacional de Colombia por abrirme nuevamente las puertas para formarme como Musicoterapeuta al servicio del país.

Contenido

Pág.

Resumen **13**

Introducción **15**

1. Situación problemática. **19**
1.1 Antecedentes 19
1.2 Justificación 19
1.3 Planteamiento del problema 21
1.4 Marco institucional 22
1.5 Pregunta de investigación 23
1.5.1 Preguntas subordinadas 23
1.6 Hipótesis 23
1.7 Operacionalización y definición de variables 24
1.8 Objetivos 24
1.8.1 Objetivo general 24
1.8.2 Objetivos específicos 24

2. Marco Teórico **25**
2.1 La voz 25
2.1.1 Producción de la voz (anatomía y fisiología) 26
2.1.2 Esquema corporal vocal 28
2.2 Disfonía Espasmódica 29
2.2.1 Disfonía espasmódica como una forma de distonía 30
2.2.2 Tipos de disfonía espasmódica 31
2.2.3 Causas de la disfonía espasmódica 33
2.2.4 Diagnóstico 33
2.2.5 Tratamiento 34
2.2.5.1 Médico 35
2.2.5.2 Quirúrgico 36
2.2.5.3 Fonoaudiológico 36
2.2.6 Pronóstico 37
2.3 Ansiedad 37
2.3.1 Ansiedad en la terapia cognitivo-conductual de tercera generación 38
2.3.2 Terapia de aceptación y compromiso 39
2.4 Musicoterapia 40
2.4.1 Definición 40
2.4.2 Musicoterapia clínica 41
2.4.3 Métodos en musicoterapia 42

2.4.3.1 Método de improvisación 43
2.4.3.2 Método receptivo 44
2.4.3.3 Método re-creativo 44
2.4.3.4 Método de composición 45
2.4.4 Ejercicios motores orales y respiratorios (OMREX) 46
2.4.5 Terapia de entonación vocal (VIT) 47
2.4.6 Canto terapéutico (ST) 48
2.4.7 Musicoterapia en la disfonía 49

3. Metodología 51
3.1 Sujetos (Muestra) 51
3.1.1 Caracterización 51
3.1.2 Criterios de selección 51
3.2 Diseño 52
3.2.1 Variables 52
3.3 Procedimiento 52
3.4 Cronograma 54
3.5 Instrumentos (herramientas) 55
3.5.1 Ficha musicoterapéutica 55
3.5.2 Índice de incapacidad vocal (VHI-30) 55
3.5.3 TMF, TME e índice S/Z 56
3.5.4 Indicadores psicosonoros de integración vincular- Patricia Piellizari. 57
3.5.5 Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico. 58
3.5.6 Evaluación no paramétrica- Rangos Wilcoxon. 58
3.6 Consideraciones éticas. 59

4. Resultados 61
4.1 Población intervenida 61
4.2 Proceso musicoterapéutico 62
4.2.1 Participante A. S. 66
4.2.2 Participante M. R. 69
4.2.3 Participante J. C. 73
4.2.4 Participante R. S. 77
4.3 Resultados asociados a las pruebas cuantitativas 81
4.3.1 TMF-TME e índice S/Z 81
4.3.2 Índice de incapacidad vocal VHI-30 83
4.4 Descripción musical global 86

5. Análisis y discusión 89

6. Conclusiones y recomendaciones. 97
6.1 Conclusiones 97
6.2 Recomendaciones 98

A. Anexo: Formato Entrevista inicial 99

B. Anexo: Formato consentimiento informado. 100

C. Anexo: Formato Ficha musicoterapéutica. 102

D. Anexo: Formato VHI-30 105

E. Anexo: Formato registro TMF-TME- índice S/Z 107

F. Anexo: Formato plan de sesión 108

G. Anexo: Formato Indicadores Psicosonoros 109

H. Anexo: Formato evaluación del Impacto del programa musicoterapéutico. ... 110

I. Anexo: Registros Fichas Musicoterapéuticas 112

J. Anexo: Registros evaluación del Impacto del programa musicoterapéutico. . 115

K. Anexo: Composiciones. 117

Bibliografía 121

Resumen

La Disfonía Espasmódica (DE), es una alteración neurológica de la voz que se manifiesta con “espasmos” involuntarios de las cuerdas vocales, los cuales afectan la calidad de la voz, generando alteraciones socio-emocionales y una autopercepción de incapacidad vocal alta en las personas que la padecen. El objetivo de ésta investigación es reducir el impacto de la DE mediante la implementación de un programa musicoterapéutico a favor del manejo de la ansiedad en un grupo de mujeres, a través de un estudio cuasi experimental mixto (cuali-cuantitativo), con diseño de pre prueba y pos prueba con un solo grupo. El proceso se llevó a cabo en el laboratorio de musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia, realizando intervenciones musicoterapéuticas grupales de 1 hora- 30 minutos, 2 veces a la semana, durante 2 meses y medio, con una duración total de 27 horas (18 sesiones). Contó con la participación de 4 usuarias mujeres, en edades entre los 39 y 68 años de edad, con diagnóstico de disfonía espasmódica y presencia de la condición entre 5 y 23 años. El proceso se estructuró a partir de los cuatro métodos musicoterapéuticos de improvisación, composición, re-creación y receptivo, basado en la terapia de aceptación y compromiso, del enfoque cognitivo-conductual de tercera generación. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento a través del índice de Incapacidad Vocal VHI-30, así como mediciones de Tiempo Máximo de Fonación, Tiempo Máximo de Espiración e índice s/z. Igualmente se realizó análisis de las interacciones musicales a partir de los Indicadores psicosonoros de integración vincular durante 10 improvisaciones grupales. Como conclusión se evidencia que la musicoterapia favorece el manejo de la ansiedad resultante de la disfonía espasmódica, en tanto que promueve la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, así como favorece la tolerancia a la frustración, las conductas de afrontamiento, el autoconcepto, la autoestima, y la aceptación de sí mismas, promoviendo mejores y mayores interacciones sociales. Igualmente reduce el impacto de la disfonía espasmódica en las participantes, promoviendo la modificación favorable de la percepción de la incapacidad vocal.

Palabras clave: Musicoterapia – Ansiedad – Disfonía Espasmódica – Terapia cognitivo-conductual de tercera generación.

Abstract

Spasmodic Dysphonia is a neurological alteration of the voice that manifests itself with involuntary "spasms" of the vocal cords, which affect the quality of the voice, generating socio-emotional alterations and a self-perception of high vocal incapacity in the people who suffer from it. The objective of this research is to reduce the impact of SD by implementing a music therapy program in favor of anxiety management in a group of women, through a quasi-experimental mixed study (qualitative-quantitative) pre test and posttest with a single group. The process was carried out in the music therapy laboratory of the National University of Colombia, performing group-based music therapy interventions of 1 hour-30 minutes, 2 times a week, for 2 and a half months, with a total duration of 27 hours (18 sessions). It counted on the participation of four female users, between 39 and 68 years of age, with diagnosis of spasmodic dysphonia and presence of the condition between 5 and 23 years. The process was structured from the four music-therapy methods of improvisation, composition, re-creation and receptive, based on the therapy of acceptance and commitment, of the cognitive-behavioral approach of third generation. Pre- and post-treatment measurements were performed through the VHI-30 Vocal Impairment Index, as well as measurements of Maximum Phonation Time, Maximum Spiration Time and s / z index. We also performed analysis of musical interactions from the Psycho-sound Indicators of integration linking during 10 group improvisations. As conclusion, it is evident that music therapy favors the management of anxiety resulting from spasmodic dysphonia, while promoting the expression of thoughts, feelings and emotions, as well as favors tolerance to frustration, coping behaviors, self-concept, self-esteem, and self-acceptance, promoting better and greater social interactions. It also reduces the impact of spasmodic dysphonia in the participants, promoting the favorable modification of the perception of vocal incapacity.

Keywords: Music therapy – Anxiety – Spasmodic dysphonia – Third generation cognitive-behavioral therapy.

Introducción

Son múltiples las enfermedades o condiciones que pueden afectar la funcionalidad física, mental, comunicativa o social en una persona. Este es el caso de la disfonía espasmódica, una alteración neurológica de la voz que afecta su producción, caracterizada por espasmos involuntarios de las cuerdas vocales. Se presenta de forma insidiosa y progresiva, de muy rara aparición, pero que a menudo suele ser grave.

Los pacientes con disfonía espasmódica no solo ven afectada su comunicación sino su dimensión social y emocional, puesto que la voz es uno de los rasgos o atributos que tiene el ser humano desde su nacimiento, y que le permite comunicarse e interactuar con otras personas. Le Huche (2003) la define como: “un instrumento de expresión y comunicación que adopta aspectos infinitamente variados”.

La mayoría de personas con disfonía espasmódica suelen presentar un carácter voluntarioso, con baja tolerancia a la frustración y rechazo al fracaso, así como un acusado perfeccionismo con una intolerancia especial respecto a los errores propios y ajenos, mostrando una tendencia a reprimir sus sentimientos y las manifestaciones verbales y no verbales de estos. Pese a ello se observa, que son personas que hablan por un tiempo bastante largo, independientemente de la profesión.

Muchas de las personas con disfonía espasmódica no logran relacionar el comportamiento vocal alterado a la manifestación del problema vocal sin percibir que las emociones y los sentimientos tienen en la voz un medio fiel de expresión. Por tanto se considera, que las necesidades de expresión de los sentimientos de la persona con disfonía espasmódica pueden ser evidenciadas dentro de un proceso musicoterapéutico en el cual encuentra condiciones de expresar sonoro-musicalmente sus emociones, sentimientos o pensamientos que pueden estar interfiriendo en su producción vocal.

La presente investigación tiene como objetivo principal reducir el impacto de la Disfonía Espasmódica mediante la implementación de un programa Musicoterapéutico a favor del manejo de la ansiedad en un grupo de mujeres adultas en la ciudad de Bogotá. Para ello se busca diseñar e implementar un proceso musicoterapéutico que contribuya en el aspecto socio-emocional y funcional relacionado con la Disfonía espasmódica, durante un trabajo de terapia grupal.

Inicialmente se exponen los conceptos concernientes con relación a la producción de la voz, realizando un paralelo simple entre la voz normal y la voz producida en la disfonía espasmódica. Posteriormente se abarca el concepto de “esquema corporal vocal”, correlacionado con la percepción de sensaciones corporales y auditivas producidas por la vibración de la voz al hablar y principalmente al cantar.

Posteriormente se entra a definir la Disfonía Espasmódica como un tipo de distonía, identificando sus posibles causas, la clasificación según la actividad irregular de cuerdas vocales (abductora, aductora, mixta), su diagnóstico, tratamiento y posible pronóstico. Haciendo especial énfasis en el factor socio-emocional asociado a la disfonía, se define la ansiedad relacionada desde un enfoque cognitivo-conductual, y más específicamente desde las terapias de tercera generación, realizando un acercamiento a la terapia de aceptación y compromiso planteada por ésta.

Finalmente se define el concepto de Musicoterapia desde el modelo neurológico, enmarcándola dentro de la línea de musicoterapia clínica, y se establecen las consideraciones según los cuatro métodos musicoterapéuticos (improvisación, receptivo, re-creativo y de composición), así como algunas de sus variaciones.

Seguido a esto, se desarrolla todo lo concerniente al proceso investigativo, enfocado en el uso de un programa musicoterapéutico en el manejo de la ansiedad rasgo en un grupo de mujeres con disfonía espasmódica. Para ello se describe la metodología considerando la presente investigación como un diseño de tipo cuasi experimental mixto (cuali-cuantitativo), con diseño de pre prueba y pos prueba con un solo grupo, caracterizando la población participante, estableciendo los criterios de selección y presentando el procedimiento mediante las tres fases implementadas (Fase de Valoración inicial

musicoterapéutica, fase de intervención musicoterapéutica y fase de cierre del proceso musicoterapéutico). Igualmente se describen los instrumentos y herramientas utilizadas para los registros cualitativos y cuantitativos, tales como la ficha musicoterapéutica, el Índice de Incapacidad Vocal VHI-30, los Tiempos Máximos de Fonación, Tiempos Máximos de Espiración e índice s/z, los indicadores psicosonoros de integración vincular y la evaluación del impacto del programa musicoterapéutico.

Por último se presentan los resultados del presente estudio en relación con la descripción del proceso musicoterapéutico, los análisis musicales a partir de los indicadores psicosonoros de integración vincular por participante, y el análisis musical global. Igualmente se presentan los datos pre y pos tratamiento en relación con el índice de incapacidad vocal, los tiempos máximos de fonación y el índice s/z. Finalmente se realiza el análisis de los resultados y la discusión del proceso, a fin de establecer las conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo.

1. Situación problemática.

1.1 Antecedentes

Las personas que padecen DE (Disfonía Espasmódica) generalmente cuentan con pocas opciones para su tratamiento. Muchas utilizan tanto el tratamiento médico como el terapéutico para lograr mejorar su voz y así reincorporarse a su vida cotidiana. Sin embargo, varios de ellos no logran encontrar dicha mejoría por lo que inician una serie de búsquedas dentro de tratamientos alternativos que les permitan sobrellevar su situación, mejorar su condición o adaptarse finalmente a ella.

Debido a su complejidad, desconocimiento y escasez de estudios en Colombia, se ha hecho difícil lograr establecer el número de personas que actualmente presentan el diagnóstico o los síntomas de la DE en el país. Razón por la cual, muchos de los usuarios con dicha condición consideran que es una enfermedad huérfana, aunque aún no es considerada como tal por la sociedad médica colombiana, y no se encuentra dentro del listado de la Resolución 2048 de 2015.

1.2 Justificación

La Disfonía Espasmódica (DE), es una alteración de la función vocal que se presenta de forma insidiosa y progresiva, de muy rara aparición, pero que a menudo suele ser grave. Se Caracteriza por la presencia de espasmos laríngeos y/o respiratorios que modifican el habla negativamente, de manera imprevisible y desconcertante (Le Huche, 2002), generando a su vez estados de ansiedad.

La DE se engloba en el grupo de distonías focales, es decir que afectan a los músculos implicados en una misma función. Según Le Huche (2002), este tipo de distonías constituyen perturbaciones motoras que se mantienen o agravan por la atención que el paciente presta a sus dificultades así como por sus esfuerzos en reprimirlas o sustraerlas de la atención de los demás.

El tratamiento de ésta patología a nivel médico se basa en la aplicación de toxina botulínica en una o ambas cuerda vocales, pero su efecto dura entre 4 y 6 meses, requiriéndose nuevas aplicaciones. Por su parte, el tratamiento fonoaudiológico es útil en reeducar al paciente y mejorar sus hábitos fonatorios. Sin embargo no suele ser tan efectivo por sí solo, por lo que está indicada siempre como coadyuvante de otros tipos de manejo (ACORL; Jackson-Menaldi, 2002).

Aunque el tratamiento fonoaudiológico generalmente no presenta efectos secundarios, ni este ni el tratamiento médico contemplan las alteraciones a nivel psico-emocional que se generan como consecuencia de la presencia de la DE que puede incluso ser causante en parte de la alteración a nivel de la voz.

Por tanto surge la necesidad de encontrar otros tipos de tratamiento que en general no presenten efectos adversos en el tratamiento de la DE, pero que a su vez promuevan una visión integral del usuario, favoreciendo no solo el aspecto funcional, sino también social y emocional asociados a la patología.

Según Jackson-Menaldi (2002), en la literatura se encuentran otros recursos terapéuticos utilizados en el tratamiento de la DE, tales como la acupuntura, la cromoterapia, el biofeedback, el electroshock, la herboterapia, la hipnosis, el yoga, la meditación, la psicoterapia, el psicoanálisis, entre otros. Sin embargo, nunca se ha explorado desde el campo musicoterapéutico los posibles beneficios que ésta disciplina puede aportar en la reducción del impacto de la DE a favor del manejo de la ansiedad.

En consideración, la musicoterapia y algunos aspectos de su enfoque neurológico a diferencia de otros tipos de tratamientos, surge como una posible alternativa viable en el tratamiento de la DE, no solo para mejorar las cualidades de la voz, sino también para favorecer los aspectos emocionales relacionados (Thaut, 2008).

Considerando que desde un nivel aumentativo, la musicoterapia ayuda a mejorar la acción de otras modalidades de tratamiento, contribuyendo al plan general del usuario (Bruscia, 2007), el presente trabajo, desde el punto de vista teórico-práctico, pretende reducir el impacto de la DE mediante la implementación de un programa Musicoterapéutico a favor del manejo de la ansiedad en los participantes utilizando a su vez herramientas del enfoque cognitivo-conductual de tercera generación.

Sin embargo, como consecuencia de la dificultad en el diagnóstico y desconocimiento tanto de la DE como de la musicoterapia por parte de la sociedad en general, es posible que la población de estudio sea reducida, lo que limitaría la identificación de los efectos reales del programa. Igualmente el lugar será otra de las dificultades, representando traslados y disposición de tiempo por parte de los usuarios.

Pese a esto, se considera que es un estudio que posibilitaría la ampliación de la perspectiva de tratamientos con los que cuentan las personas que padecen DE actualmente en Colombia, beneficiando no solo la funcionalidad vocal, desde el punto de vista neurológico, sino también social, emocional, psicológico e incluso espiritual.

Igualmente, teniendo en cuenta que no existen estudios previos en Colombia que relacionen la Disfonía Espasmódica (u otras alteraciones vocales) y la musicoterapia, se considera que este estudio de tipo cuasi experimental mixto podría abrir posibles campos de análisis y caminos investigativos mucho más profundos.

1.3 Planteamiento del problema

A lo largo de la vida, las personas pueden presentar diversas enfermedades o condiciones que afectan su funcionalidad física, mental, comunicativa o social, entre otras. Los pacientes con DE no solo ven afectada su comunicación sino su dimensión social y emocional. La voz es uno de los rasgos o atributos que tiene el ser humano desde su nacimiento, y que le permite comunicarse con otras personas. Le Huche (2003) la define como: “un instrumento de expresión y comunicación que adopta aspectos infinitamente variados”.

Cuando existe una afectación orgánica, funcional, psicógena, neurológica, etc., en lo relacionado con el proceso fonatorio o producción de la voz, las personas suelen ver afectado su proceso de comunicación, lo que conlleva a limitaciones en las relaciones sociales, y esto a su vez a dificultades emocionales, generándoles frustración, depresión, ansiedad entre otros. Es el caso de la DE, una alteración neurológica de la voz caracterizada por cambios drásticos en la fonación, en donde se observa una voz tensa, estrangulada, áspera o entrecortada, que suele mejorar cuando se ríe a carcajadas, cuando se usa la voz en registro elevado como en el falsete, y en algunos

casos bajo los efectos del alcohol (Verdolini, 2006; Le Huche, 2003). Ésta patología ocasiona en muchas personas no solo alteraciones comunicativas, sino también emocionales, sociales y psicológicas.

Estudios demuestran efectos positivos del canto y la música sobre la respiración, incluso en pacientes con déficits respiratorios crónicos. Engen en el 2005 y Bonilla et al. En el 2009 realizaron estudios con diferente población, observando buenos resultados del canto y el uso de instrumentos musicales de viento sobre la capacidad inspiratoria y sobre la presión máxima espiratoria requerida en el habla. De igual forma, otros estudios demuestran resultados positivos en la naturalidad de la voz y el habla en pacientes con daños neurológicos (Thaut, 2014).

En este sentido, un programa musicoterapéutico proporcionaría la oportunidad no solo de apoyar las estrategias de compensación para la producción de la voz a través de actividades musicales como el canto, sino también espacios y herramientas para la expresión emocional, el auto reconocimiento y la exploración de ideas, lo que a su vez favorecería las relaciones consigo mismo y con los demás.

1.4 Marco institucional

Actualmente en Colombia existe un gran desconocimiento frente a la DE, y por tanto muchas de las personas que padecen ésta enfermedad no logran ser diagnosticadas correctamente o no encuentran apoyo ni guía para el proceso de recuperación una vez son diagnosticadas.

Razón por la cual, se crea en 2013 un grupo de apoyo en la ciudad de Bogotá denominado ***DISES (Voces Unidas por la Disfonía Espasmódica)*** que surge a partir de la necesidad de encontrar soporte emocional y psicológico durante el camino de tratamiento con el fin de compartir experiencias de vida, ser apoyo, brindar información sobre la patología, crear técnicas de mejora, y ofrecer consejos a aquellos que llevan mucho tiempo con la patología o que se encuentran en un estado inicial. DISES trabaja con usuarios adultos realizando talleres y actividades basados en la terapia holística y las herramientas brindadas a partir de la terapia fonoaudiológica.

En este sentido, la Musicoterapia podría aportar tanto a la misión, visión y consecución de los objetivos de este grupo de apoyo, en tanto que busca propiciar espacios que favorezcan la mejoría de los usuarios que presentan disfonía espasmódica desde un enfoque integral. De igual forma, busca apoyar el tratamiento médico y terapéutico habitual, potencializando sus efectos positivos, y generando opciones de expresión y autoconocimiento, promoviendo el desarrollo de otras habilidades personales.

1.5 Pregunta de investigación

¿Puede un programa de musicoterapia reducir el impacto que la Disfonía Espasmódica presenta en algunos aspectos del nivel social, emocional y funcional de la persona, proporcionando herramientas para el manejo de la ansiedad en un grupo de mujeres con DE en la ciudad de Bogotá?

1.5.1 Preguntas subordinadas

- ¿De qué manera las diferentes técnicas y métodos musicoterapéuticos favorecerán la voz y el manejo de la ansiedad en las personas afectadas con la disfonía espasmódica?
- ¿Cuál o cuáles de los métodos en musicoterapia muestran mayor efectividad en el tratamiento de la disfonía espasmódica?
- ¿Cuál es la percepción que de sí mismos tendrán las personas que presentan disfonía espasmódica con relación a su voz, con posterioridad al proceso musicoterapéutico?
- ¿En qué otros aspectos la musicoterapia mostrará aportes a las personas con disfonía espasmódica?
- ¿Cómo se puede integrar el programa de musicoterapia al plan de tratamiento general de la disfonía espasmódica?

1.6 Hipótesis

El manejo de la ansiedad rasgo reduce el impacto de la disfonía espasmódica, cuando se participa en un programa de intervención musicoterapéutica.

1.7 Operacionalización y definición de variables

- Variable independiente 1: Ansiedad
- Variable interviniente 1: musicoterapia
- Variable dependiente 1: disfonía espasmódica

1.8 Objetivos

1.8.1 Objetivo general

Reducir el impacto de la Disfonía Espasmódica mediante la implementación de un programa Musicoterapéutico a favor del manejo de la ansiedad en las participantes.

1.8.2 Objetivos específicos

- Realizar una evaluación aerodinámica básica pre y post-tratamiento musicoterapéutico a través del registro de tiempo máximo de fonación, tiempo máximo de espiración e índice s/z, a fin de identificar posibles variaciones aerodinámicas en la disfonía espasmódica.
- Identificar los factores de ansiedad asociados a la disfonía espasmódica, a través del índice de incapacidad vocal VHI-30, valoración musicoterapéutica y entrevista, que puedan dar cuenta de los objetivos de intervención musicoterapéutica.
- Describir los sentimientos, emociones y pensamientos en personas con disfonía espasmódica expresados a través de los métodos musicoterapéuticos de improvisación, re-creación y composición, a favor del manejo de la ansiedad.
- Identificar las variaciones aerodinámicas de la voz como consecuencia de la exposición a experiencias asociadas a musicoterapia neurológica, a fin de reducir el impacto de la disfonía espasmódica y mejorar la audibilidad de la voz.
- Identificar las actitudes y comportamientos corporales asociados a pensamientos positivos, con relación a actividades específicas de interacción social y comunicativa, a favor del manejo de la ansiedad en las participantes.
- Establecer los aportes que la musicoterapia puede brindar al tratamiento de la Disfonía Espasmódica desde un nivel aumentativo, mediante el análisis cuali-cuantitativo de los datos recolectados, a fin de proporcionar un tratamiento integral a los usuarios.

2. Marco Teórico

Con base en los objetivos y en el interés propio de la investigación, se hace necesario definir algunos conceptos que serán relevantes para comprender tanto la patología a estudiar como el tratamiento musicoterapéutico propuesto. En consideración, se han de detallar aspectos relevantes relacionados con la voz, la DE, la ansiedad y la musicoterapia como tratamiento propuesto.

2.1 La voz

La voz es considerada como un instrumento personal natural, el más antiguo que existe y posiblemente el primero que el hombre utilizó, siendo la voz hablada y principalmente la voz cantada una música totalmente personalizada y única (Jauset, 2011). Ambas son fuente de expresión y comunicación de pensamientos, emociones e ideas.

Aunque en general se habla de la voz como una sola, se podría pensar en clasificarla de acuerdo a la emocionalidad que se le imprime, la veracidad o falsedad con la que se produzca, e incluso con los parámetros vocales que presente. Le Huche (2003) clasifica la voz de acuerdo a cuatro parámetros (Tabla 1.0.) que a su vez sugieren múltiples diferenciaciones entre una y otra voz.

Tabla 1.0. Clasificación de la voz según Le Huche.

Según el instrumento	• Voz hablada, voz cantada, voz gritada. • Voz alta y voz baja. • Voz de registro agudo y voz de registro grave. • Voz masculina, femenina o infantil. • Voz de soprano, de bajo, de tenor, de contralto. • Voz fuerte, débil, forzada, retenida, blanca, chillona. • Voz clara, velada, sorda, bien timbrada, ronca, de carraspera, etc.
Según la expresividad	• Voz suplicante, humilde, tímida, estrangulada, temblorosa.

de la voz	• Voz decidida, enérgica, tajante, seca. • Voz insinuante, sarcástica, melosa. • Voz enfática, falsa, convencional, afectada. • Voz cálida, seductora, conmovedora, embrujadora, sexy.
Según las circunstancias en las que se utiliza la voz.	• Voz de hablar en público, voz conversacional, voz confidencial. • Voz del habla espontánea, voz recitativa, voz modulada, voz de lectura en alta voz. • Voz al aire libre, voz en el micrófono, voz en la calle, voz en un salón. • Voz del profesor, voz del orador, voz del vendedor ambulante, voz del representante, voz del comediante, voz del cantante.
Según la pragmática.	• Voz proyectada (voz directiva), voz de expresión simple, voz de apremio.

2.1.1 Producción de la voz (anatomía y fisiología)

Básicamente la voz se produce a partir de la sonorización del aire que se encuentra almacenado en los pulmones, y se sustenta sobre el mecanismo situado a nivel de la cavidad laríngea y oro faríngea (Casado, 2002). En la DE, se presentan variaciones en el flujo de aire asociado con el cierre intermitente de las cuerdas vocales en el caso de la disfonía aductora, apertura intermitente de cuerdas vocales en el caso de la versión abductora, o ambos en la disfonía espasmódica mixta (Verdolini, 2006).

La producción de la voz o fonación, consiste en la emisión de un sonido que combina sinérgicamente acciones respiratorias y de resonancia (Bustos, 2003). Esto constituye lo que se conoce como aparato fonador, que es el conjunto de órganos que pertenecen a diferentes sistemas, los cuales han sido adaptados por el ser humano para cumplir con ésta función lingüística-comunicativa (Tulon, 2000).

Inicia con la señal nerviosa enviada por el cerebro a los distintos órganos que intervienen, generando en un primer momento la respuesta del sistema respiratorio, el cual realiza el impulso de una corriente de aire ascendente desde los pulmones, ayudadas por la acción de presión del diafragma, que es un músculo en forma de cúpula

que separa las cavidades torácica y abdominal, sobre la base de la cavidad torácica (Moore, 2007), y de los músculos abdominales (oblicuos, transversos y recto).

Una vez se genera la corriente de aire, ésta pasa por la laringe provocando el movimiento de las cuerdas vocales que son abducidas y aducidas por la acción de los músculos y cartílagos laríngeos (Moore, 2007). Ésta fuente de energía hace que las cuerdas vocales se junten y se separen a gran velocidad y emitan un sonido, que en este momento no constituye sino un zumbido aislado (Casado, 2002).

Sin embargo, este sonido es modificado por la acción de los resonadores que constituyen la voz humana propiamente. Por lo tanto dichas frecuencias son amplificadas en las cavidades resonadoras que se encuentran formadas por la faringe, la boca y las fosas nasales (Tulon, 2000). Tales espacios de interconexión son conocidos como la cavidad nasofaríngea, cavidad orofaríngea, y cavidad laringofaríngea, que dependiendo de cada persona, le proveen una característica acústica específica a la voz.

Posteriormente esta voz al entrar en la cavidad oral es modificada por las estructuras móviles y estáticas que allí se encuentran (paladar blando, paladar duro, lengua, dientes, labios) y su posición en el momento en que el aire espirado convertido en señal acústica pasa, dándole así la cualidad de un sonido característico propio del idioma y de la persona.

En la DE, la señal enviada por el cerebro parece no ser adecuada, puesto que existe una posible afectación de los ganglios basales, encargados de funciones motoras y no motoras. La corriente de aire es alterada, debido a que la presión subglótica generalmente presenta variaciones asociadas con aducciones/abducciones intermitentes de las cuerdas vocales o ambas. Por tal razón, se evidencian rupturas fonatorias mayores a 50 ms y variaciones en las frecuencias de 50 Hz o más, modificando así la coordinación fonorespiratoria necesaria para el habla y el timbre de la voz característico de cada persona. En el caso de la DE aductora, las dificultades son principalmente observables durante la producción de sonidos sonoros del habla tanto en la producción sostenida del fonema como en el habla conectada; contrario a esto, la DE abductora presenta dichas alteraciones principalmente en la producción de sonidos sordos del habla como en el habla conectada (Verdolini, 2006).

2.1.2 Esquema corporal vocal

A partir de las consideraciones anteriores, es fundamental reconocer la importancia del esquema corporal vocal en el ámbito terapéutico, puesto que es allí principalmente donde se busca una modificación mental que permita producir cambios en los hábitos fonatorios de la persona (Bustos, 2003).

Las sensaciones corporales y auditivas percibidas durante la vibración al hablar y cantar, permiten el desarrollo y autoconocimiento de la emisión y resonancia vocal propia. Éstas sensaciones determinan el concepto de “esquema corporal vocal” (Bustos, 2003), que hace referencia a la apreciación consciente y constante de las impresiones internas de la fonación que son producidas por el esfuerzo de emisión vocal y que son perceptibles por casi todos los órganos implícitos en la función (Cruz, 2000). La construcción del esquema corporal vocal nos permite dar cuenta de aspectos temporales y espaciales.

Según el fonoaudiólogo y especialista en vocología Marco Guzmán (2009), el esquema corporal vocal es el conjunto de sensaciones internas e imágenes mentales relacionadas con la voz. Los mecanismos reguladores de este esquema pasarán de ser automáticos o semiautomáticos, a ser voluntarios o adaptados (Guzmán, 2009), dando la posibilidad de corregir errores o fallas en la producción de la voz.

Dicha construcción se da desde etapas tempranas, cuando el individuo inicia la exploración de su propio cuerpo incluyendo en este, su esquema corporal vocal. Esto permitirá que más adelante pueda entender cómo funciona la producción de su voz, y explorar las posibilidades que ésta le brinda, para encontrar mayores variaciones y mejores producciones.

Tales sensaciones o sensibilidades varían de acuerdo a la altura tonal, intensidad y timbre vocálico, por eso es necesario que cada cantante (no necesariamente profesional, sino más bien cada persona que desea cantar) haga suyo su esquema corporal vocal porque probablemente es único en cada voz. Es evidente ahora que la formación del esquema corporal vocal necesita de una buena memoria ya que por medio de asociaciones mentales se podrá realizar la reproducción del sonido.

2.2 Disfonía Espasmódica

La DE, descrita por primera vez por Traube como una forma espástica de ronquera nerviosa (Fabron, 2013), es una alteración neurológica de la voz que se manifiesta con “espasmos” involuntarios de las cuerdas vocales, los cuales resultan en interrupciones del habla y afectan la calidad de la voz[1].

Según Jackson, Menaldi (2002), la DE, inicialmente llamada disfonía espástica, es una de las más devastadoras patologías de la comunicación. Se caracteriza por cambios drásticos en la fonación, observándose una voz tensa, estrangulada, áspera o entrecortada, con ataque glótico, interrupciones en la sonoridad y fluctuaciones en la frecuencia fundamental.

La edad de inicio ocurre alrededor de los 30 a 40 años, sin embargo puede ocurrir de forma temprana hacia los 12 años o tardía hacia los 80 años. Los síntomas inician frecuentemente con un cambio en la voz y progresión gradual en el tiempo, aunque de manera infrecuente el inicio puede ser súbito. Los síntomas iniciales de la voz pueden ser reportados posterior a una infección respiratoria superior o relacionada con un evento o periodo de estrés en la vida. Después del inicio los síntomas típicamente progresan alrededor de 1-2 años y luego se mantienen estables (en meseta) (Verdolini, 2006).

La DE empeora cuando se hace uso de teléfonos, cuando se habla en espacios abiertos en donde se requiera el aumento de la intensidad vocal, y cuando se encuentra ante situaciones de estrés y/o ansiedad. Igualmente suele mejorar cuando se ríe a carcajadas, cuando se usa la voz en registro elevado como en el falsete, y en algunos casos bajo los efectos del alcohol (Verdolini, 2006; Le Huche, 2003; Jackson-Menaldi, 2002) o durante funciones vocales vegetativas como toser o estornudar (Verdolini, 2006).

Según Le Huche (2003), la mayoría de personas con DE presentan un carácter voluntarioso, con baja tolerancia a la frustración y rechazo al fracaso. Igualmente se observa un acusado perfeccionismo con una intolerancia especial respecto a los errores

---

[1] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org

propios y ajenos, mostrando una tendencia a reprimir sus sentimientos y las manifestaciones verbales y no verbales de estos.

2.2.1 Disfonía espasmódica como una forma de distonía

Según la Asociación Española de Disfonía espasmódica - AESDE (2015), desde 1976 se considera a la DE como una enfermedad de origen neurológico al incorporarse al grupo de las distonías focales, lo que a su vez desmitifica la creencia de que la DE es una enfermedad de origen psicógeno únicamente. Si bien es cierto, las personas que padecen DE puede tener un aumento de los síntomas cuando se encuentran frente a situaciones de estrés, no es su causa principal (AESDE, 2015). En cambio puede considerarse que la presencia de este tipo de distonías puede conllevar a los pacientes a presentar mayores niveles de estrés y ansiedad.

La distonía es un término neurológico general utilizado para describir una variedad de problemas hiperquinéticos caracterizados por contracciones musculares involuntarias, repetitivas, rotatorias, sostenidas al final del movimiento, lentas o rápidas, que pueden llegar a generar posturas anormales o en torsión, como resultado de la co-contracción de músculos agonistas y antagonistas (Escobar, 2005).

El tono fluctúa entre hipotonía, normotonía e hipertonía, y las alteraciones surgen o pueden precipitarse o empeorar por intentos de movimiento o por cambios en el estado emocional. La distonía disminuye o desaparece durante el sueño (Pascual, 2006).

La DE se engloba en el grupo de las distonías focales o distonías funcionales, que son un trastorno motor que se caracteriza por unas contracciones musculares parásitas sostenidas y prolongadas que afectan a los músculos implicados en una misma función (Le Huche, 2003). Varios autores concluyen que la DE es un problema de desorden supranuclear del movimiento, que afecta la función laríngea en mayor medida pero no de forma exclusiva (Jackson-Menaldi, 2002).

Otros tipos de distonías focales incluyen el blefaroespasmo (afectando los párpados), la distonía oromandibular (afectando la mandíbula y la lengua), la distonía cervical o tortícolis espasmódica (afectando el cuello) y el calambre del escritor (afectando la

mano). Estas formas de distonía pueden estar o no presentes en conjunto con la disfonía espasmódica[2].

En promedio, los primeros signos de la DE se ven en individuos de alrededor de 40 años de edad, ocurriendo más a menudo en las mujeres, con implicación familiar en aproximadamente un 12% de todos los casos (Brin, 1998a).

2.2.2 Tipos de disfonía espasmódica

Los dos tipos reconocidos de DE son la DE aductora y la DE abductora[3]. Sin embargo, también se han identificado casos en donde se observan ambos tipos de distonía, dándosele el nombre de disfonía espasmódica mixta (Verdolini, 2006).

La **DE aductora** es la forma más común del trastorno y se caracteriza por hiperaducción inadecuada (cierre excesivo intermitente de las cuerdas vocales durante el habla), que generan un esfuerzo muscular laríngeo, una calidad de voz tensa-ahogada y áspera, quiebres en la inflexión de la voz y frecuencia fundamental anormalmente baja (fricción de la glotis) (Blitzer, 1991; Aronson, 1990). Ésta hiperaducción espasmódica se encuentra asociada con los sonidos sonoros del habla más que con los sordos. Típicamente se presenta un temblor vocal distónico o temblor vocal relacionado con el temblor esencial (usualmente 6-8 Hz durante vocales sostenidas) en aproximadamente el 50% de las personas con ésta condición (Verdolini, 2006).

Por su parte, la **DE abductora** presenta una apertura prolongada de las cuerdas vocales y se caracteriza por el ensanchamiento intermitente de la glotis y una calidad de voz transitoriamente jadeante. (Blitzer, 1991; Aronson, 1990). A menudo los pacientes refieren que el habla es forzada o que tienen dificultades con el control respiratorio para el habla, los cuales típicamente están asociados principalmente a los sonidos sordos del habla. Al igual que en la DE aductora, el 50% de las personas con DE abductora presentan temblores vocálicos (Verdolini, 2006).

---

[2] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org
[3] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org (Ibit)

En algunos casos se han identificado combinación de síntomas aductores y abductores, pero es poco frecuente. A esta variación se le conoce como **DE Mixta** (abductora-aductora), la cual se caracteriza por la combinación de intermitencias involuntarias de abducción e hiperaducción de las cuerdas vocales asociados con interrupciones respiratorias y saltos vocales, perceptibles en la producción de sonidos sonoros y sordos del habla. Algunos individuos creen que la versión mixta de la DE es debida a la compensación comportamental que surge en respuesta a los espasmos primarios aductores y abductores. Así, después del proceso de terapia vocal, estos individuos pueden mostrar una DE aductora o abductora más que una verdadera disfonía mixta (Verdolini, 2006).

A diferencia de la DE mixta que presenta una frecuencia desconocida y extremadamente rara, las DE aductora y abductora suelen ser más comunes, siendo la aductora la de mayor aparición. Se estima que los caucásicos pueden tener una mayor probabilidad de DE, que los asiáticos y las personas de raza negra, siendo mayor en mujeres con una relación de 1,4:1 por cada hombre (Verdolini, 2006).

Jackson-Menaldi (2002) propone sin embargo una serie de disfonías que presentan espasmos, descritas en la literatura y basadas en la consideración de que existe un componente neurológico, pero que además en muchos otros casos también se consideran ser el resultado de alteraciones psicológicas lo que dificulta el diagnóstico inicial. (Tabla 1.1.)

Tabla. 1.1. Tipos de disfonía espasmódica descritos en la literatura. (Jackson-Menaldi, 2002) *Elaboración propia.*

Clasificación.	Observaciones bibliográficas.
Disfonía espasmódica neurológica de aducción.	Bibliografía abundante.
Disfonía espasmódica psicológica de aducción.	Hay pocos estudios sobre estos casos.
Disfonía espasmódica neurológica de abducción.	Hay pocos textos de bibliografía específica.
Disfonía espasmódica psicológica de abducción.	No hay estudios, solo leves sugerencias.
Distonía respiratoria laríngea neurológica de aducción.	Pocos casos descritos de naturaleza idiopática.

Distonía respiratoria laríngea psicológica de aducción.	Bibliografía escasa.
Disfonía por temblor vocal.	Con mayor incidencia en el género femenino.
Disfonía por tensión muscular.	No hay una definición exacta de este tipo de disfonía.
Disfonía ventricular.	Esta afección fue descrita en el siglo pasado.

2.2.3 Causas de la disfonía espasmódica

La causa de la DE es desconocida. El consenso médico general es que la DE es una alteración del sistema nervioso central y una forma focal de distonía. Se cree que las alteraciones en las distonías se originan en una zona del cerebro denominado los ganglios basales, que ayudan a coordinar los movimientos de los músculos en todo el cuerpo. La disfonía espasmódica no discrimina, por lo que cualquier persona, independientemente de su raza, edad o etnicidad, puede presentar síntomas de DE. Se calcula que unas 50,000 personas en Norte América padecen de DE, sin embargo este número puede ser mayor debido al continuo mal diagnóstico y/o sub-diagnóstico de pacientes con este padecimiento. En Colombia se desconoce la cifra exacta de personas con DE.

2.2.4 Diagnóstico

Se ha reportado que la DE es uno de los padecimientos que con mayor frecuencia es mal diagnosticado en el campo de las alteraciones del habla y el lenguaje. Ya que no existe una prueba definitiva para la DE, el diagnóstico se basa en la presencia de los signos y síntomas clínicos característicos y en la ausencia de otros padecimientos que pudieran parecerse a la DE.

El diagnóstico diferencial toma en cuenta otras patologías como la tensión muscular en la disfonía primaria, el temblor vocal, la DE mixta, los diferentes tipos de DE, el síndrome de laringe irritable; la esclerosis múltiple, la disfonía psicógena y la ataxia cerebral en el caso

de la DE aductora; y la enfermedad de Parkinson en el caso de la DE abductora (Verdolini, 2006).

El protocolo de la *European Laryngological Society* (ELS) para la valoración funcional de la disfonía incluye 5 dimensiones: percepción, análisis acústico, videoestroboscopia, aerodinámica y autovaloración del paciente (Batalla, 2014).

Según la ASHA, la valoración de la DE se debe realizar por un grupo de profesionales que incluyen al fonoaudiólogo para evaluar la producción de la voz en cuanto a sus características funcionales y acústicas, el otorrinolaringólogo quien deberá evaluar orgánica y funcionalmente la laringe y los órganos asociados a la producción de la voz, y el neurólogo quien deberá detectar síntomas de problemas neurológicos; todo esto con el fin de lograr un diagnóstico diferencial más preciso[4].

2.2.5 Tratamiento

Actualmente no existe una cura para la DE, pero si hay tratamientos disponibles. Las investigaciones médicas continúan ofreciendo un mejor entendimiento de las causas de DE. Sin embargo, la práctica médica tradicional no se ha esforzado demasiado por evaluar a los usuarios con DE desde un punto de vista más integral, por tanto algunas ramas de la medicina han ido incorporando algunos tratamientos fuera de lo tradicional, tratando a la “persona entera” – mente, cuerpo y espíritu[5].

Las terapias complementarias como la acupuntura, la cromoterapia, el biofeedback, el electroshock, la herboterapia, la hipnosis, el yoga, la meditación, la psicoterapia, el psicoanálisis, entre otros (Jackson-Menaldi), son utilizados en el tratamiento de la DE de forma conjunta con las terapias tradicionales. Sin embargo no se ha encontrado un amplio resultado que sustente su aplicabilidad.

Tradicionalmente, el tratamiento de la DE tiene en cuenta distintos procedimientos quirúrgicos, farmacéuticos y fonoaudiológicos (Jackson-Menaldi, 2002).

---

[4] Tomado de American Speech–Language–Hearing Association en http://www.asha.org/public/speech/disorders/Disfonia-Espasmodica/

[5] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org

2.2.5.1 Médico

Los medicamentos por vía oral ofrecen poca mejoría en los síntomas de la DE, sin embargo, si hay presencia de otras formas de distonía, los medicamentos por vía oral pueden ayudar a mejorar aquellos síntomas asociados[6]. La toxina botulínica es uno de los principales tratamientos de la DE. Descrito por primera vez en 1984 por Brin, Fahn y Moskowitx (Jackson-Menaldi, 2002), es un producto biológico, que se inyecta en músculos específicos, donde actúa al reducir las contracciones involuntarias que causan los síntomas de la DE. Las inyecciones debilitan suficientemente la actividad muscular para disminuir el espasmo pero no tanto como para producir una parálisis[7] (Rey, 2005; Gibbs, 2000).

Actualmente el manejo de elección de este tipo de disfonía es la inyección de toxina botulínica, que tiene como objetivo paralizar temporalmente ciertos músculos de la laringe que interfieren en la producción normal de la voz. Ésta intervención se puede realizar en una o ambas cuerdas vocales disminuyendo la dosis (Adams 1995; Bielamowicz 2000,2001). Sin embargo, requiere ser aplicada cada 6 o 4 meses cuando disminuye el efecto paralizante (ACORL; Jackson-Menaldi, 2002).

Las inyecciones locales de toxina botulínica (BTX) en los músculos de las cuerdas vocales han demostrado ser el tratamiento más efectivo para la disfonía espasmódica (Vogel, 2001; Jackson-Menaldi, 2002). El tratamiento debilita los músculos vocales de tal manera que los espasmos disminuyen considerablemente y hay una gran mejoría en el habla. El tratamiento puede también reducir el escape de aire durante la fonación y el esfuerzo que se requiere para hablar (Aragon & col., 2016).

Los efectos secundarios del uso de la toxina botulínica son aún desconocidos, causando preocupación al considerarse que la toxina puede cambiar la hipersensibilidad a otros fármacos como antibióticos o anestésicos en personas con DE que tengan una alteración en la trasmisión neuromuscular (Jackson-Menaldi, 2002).

---

[6] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org
[7] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org

2.2.5.2 Quirúrgico

En 1976, Dedo realizó la disección del nervio laríngeo recurrente en un usuario con DE con el fin de aliviar los síntomas vocales (Jakson-Menaldi, 2002). Sin embargo, y pese a la controversia generada, se continúa con el estudio de este tipo de tratamiento para la DE.

Recientemente, se ha re-evaluado a la cirugía como alternativa de tratamiento, en aquellas personas quienes dejan de obtener mejoría de sus síntomas con la toxina botulínica. La cirugía selectiva Aductora Laríngea de Denervación-Reinervación involucra el cortar el nervio que llega a la cuerda vocal afectada para después re-inervar su músculo con un nervio diferente, evitando así la atrofia muscular. Pese a que se evidencian resultados prometedores, se continúan haciendo estudios de investigación para determinar la efectividad de ésta cirugía[8].

Otro tipo de soluciones quirúrgicas han sido propuestas, tales como el acortamiento de los pliegues vocales a través de modificaciones de las estructuras de los cartílagos laríngeos, y la modificación de la sección del nervio recurrente que garantiza mejores resultados a largo plazo debido a que se realiza una incisión más radical del nervio lo que impediría una reinervación (Jackson-Menaldi, 2002).

2.2.5.3 Fonoaudiológico

El tratamiento fonoaudiológico después de la cirugía resulta ser bastante importante en el resultado del tratamiento quirúrgico (Jackson-Menaldi, 2002). Igualmente el tratamiento fonoaudiológico complementario a otro tipo de tratamientos también es implementado, buscando reducir el esfuerzo vocal, el volumen, la entonación y la longitud de las frases habladas al mismo tiempo que se intenta aumentar la duración de las pausas entre una frase y otra[9]. Ésta reeducación pasa por la construcción del esquema corporal (AESDE, 2015). Podría recomendarse que se obtenga tratamiento con un fonoaudiólogo después de las inyecciones para optimizar la producción de la voz (ASHA). Sin embargo su eficacia continua siendo controversial, en tanto muestra resultados para algunas personas y no para el total de quienes padecen DE.

---

[8] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org
[9] Tomado de National Spasmodic Dysphonia Association en www.dysphonia.org

2.2.6 Pronóstico

El pronóstico de la DE es incierto, puesto que varía dependiendo de factores aún desconocidos. En algunos casos, las personas que padecen ésta patología vocal suelen ver mejoría tras el tratamiento fonoaudiológico, muchas otras refieren mejoría con la inyección de toxina botulínica, aunque como se mencionó anteriormente, este tipo de resultados tiene una funcionalidad entre 4 y 6 meses, requiriendo posterior reinyección; otros indican que las cirugías a nivel laríngeo les funcionan; a otros la psicoterapia parece beneficiarles, disminuyendo los episodios de disfonía; pero a muchos otros ninguno de los tratamientos tradicionales parece ayudarles y por lo tanto buscan otras múltiples alternativas. En muchos casos, las personas tienen que convivir con ésta alteración vocal durante algunos años, otros durante toda su vida, sin encontrar una solución eficaz, otra alternativa para comunicarse, o simplemente una mejor forma de aceptar su voz.

2.3 Ansiedad

La ansiedad puede ser definida de forma diferente desde los distintos enfoques psicológicos existentes. Desde el enfoque cognitivo-conductual, se considera a la ansiedad como un patrón de comportamiento variable y complejo que se caracteriza por unos sentimientos que son subjetivos, tales como la aprensión y la tensión, los cuales se encuentran asociados con una activación fisiológica en respuesta a estímulos tanto internos como externos (Consuegra, 2010).

Desde el punto de vista conductual, la respuesta más frecuente es la evitación de las situaciones temidas, es decir, de las interacciones sociales o actuaciones delante de otras personas, por miedo a que resulten embarazosas (APA, 2014).

La ansiedad es entonces una sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes o percibidos como tales, bien sea reales o imaginarios, a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape) (Consuegra, 2010).

En todos estos casos, se observa por lo general, que éstas personas además de ignorar qué es la ansiedad, qué son las emociones, para qué sirven y cómo se regulan, desarrollan importantes sesgos cognitivos y procesos de aprendizaje emocional inadecuados (Cano, 2011).

Los criterios establecidos por el DSM-V para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, incluyen una ansiedad y preocupación excesiva durante al menos 6 meses asociados con al menos tres de los siguientes seis síntomas:

- Inquietud o sensación de agitación
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Desórdenes del sueño

Igualmente la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos asociados provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad, presentando dificultad para controlar la preocupación. Dichas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos ocasionados por una sustancia u otra condición médica, así como no se explican por otro trastorno mental (APA, 2014).

En el caso de las participantes de la presente investigación, se evidencia que no cumplen con los criterios para el diagnóstico de un Trastorno de ansiedad, pero si presentan rasgos de ansiedad los cuales se refieren a una tendencia de la persona a reaccionar de forma ansiosa ante situaciones que son o no amenazantes.

2.3.1 Ansiedad en la terapia cognitivo-conductual de tercera generación

Durante los últimos años, se ha evidenciado un aumento de las terapias relacionadas con el enfoque cognitivo-conductual (Pérez, 2006; Barraca, 2009), que han pasado a ser denominadas como terapias de “tercera generación” (Hayes, 2004). Éstas explican los principales trastornos de ansiedad como una respuesta que no depende tanto de las situaciones que la provocan, sino de la interpretación y de los procesos cognitivos que median en dicha respuesta emocional (Ramos, 2008).

En este sentido, se considera que la Terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") una persona, para sentirse mejor, centrándose en problemas y dificultades del "aquí y ahora", en lugar de centrarse en las causas de la angustia o síntomas en el pasado, buscando así maneras de mejorar el estado anímico de la persona ahora (Ramos, 2008), a partir del principio terapéutico en la tercera generación: abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida (Pérez, 2006), otorgando un énfasis singular al análisis de la funcionalidad y reconociendo la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas (Barraca, 2009).

Este enfoque es compatible con la definición de ansiedad que tiene en cuenta los canales cognitivos, fisiológicos y motores, así como con la concepción de ansiedad desde las diferencias individuales en rasgo de ansiedad asociadas también a diferentes áreas situacionales (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad interpersonal o social, ansiedad fóbica y ansiedad en la vida cotidiana), o rasgos específicos.

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, se incluyen la Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT, la Psicoterapia Analítico-Funcional: FAP, la Terapia de Activación Conductual: BA, la Terapia Integral de Pareja: IBCT, la Terapia Conductual Dialéctica: DBT, la Atención Plena o Mindfulness y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual (Barraca, 2009).

2.3.2 Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT), es una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva basada en la Teoría de los Marcos Relacionales (Barraca, 2009). Surge como una aproximación clínica conductual basada en los valores personales de la persona más que como un modelo de tratamiento con fases de intervención definidas (Vargas, 2012).

La ACT se basa en dos conceptos centrales:

a. el concepto de evitación experiencial (mantenimiento de los trastornos), y
b. los valores personales, entendidos como guías de actuación para caminar en la dirección de la realización personal.

En ésta se da importancia a la experimentación de sensaciones, pensamientos, recuerdos, etc. sin evitación (en consonancia con los de tradición gestáltica), encaminándose decididamente hacia las metas vitales e imponiendo un manejo muy particular del lenguaje verbal (metáforas, paradojas, etc.) (Barracas, 2009).

2.4 Musicoterapia

El concepto de musicoterapia es relativamente nuevo, aunque el uso de la música como una forma terapéutica tiene cientos de años de recorrido, y por lo tanto ha tenido un largo camino hasta lo que hoy se conoce como musicoterapia. La evolución de la cultura y la sociedad en diferentes partes del mundo, ha llevado a la evolución de la música y por consiguiente al cambio continuo de la musicoterapia en cuanto a su definición y alcances. Sin embargo, existe un común de experiencias guiadas por la música a pesar de sus muchas variaciones (Jauset, 2011).

La música es considerada como una de las Bellas Artes que más difusión ha tenido a lo largo de la historia, y ha sido considerada como una de las formas de expresión más antigua con una gran capacidad de comunicación, que surge con la misma palabra hablada, y una forma de terapia para el compositor, para el intérprete y para el oyente (Palacios, 2001).

En Colombia la musicoterapia empieza su camino hacia el año 2008 en la Universidad Nacional de Colombia, siendo inicialmente una Especialización, y posteriormente una Maestría. Actualmente en el país no existe ninguna otra institución que oferte un programa de educación formal en musicoterapia, por lo que son pocos los musicoterapeutas en el país, y por ello, aún existe un amplio desconocimiento de ésta disciplina, así como de sus beneficios y posibilidades.

2.4.1 Definición

La Federación Mundial de Musicoterapia (WMFT) define en 1996 a la musicoterapia como "el uso de la música y de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, y armonía) por un musicoterapeuta y un cliente o grupo, en un proceso diseñado para

facilitar y promover la comunicación, la relación, la movilización, la expresión y la organización (física, emocional, mental, social y cognitiva) con el fin de desarrollar potenciales y desarrollar o restaurar funciones del individuo de manera que éste pueda lograr una mejor integración intra e interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida*"* (WMFT, 1996).

En 2011, la WMFT realiza una actualización a dicha definición indicando que: "La Musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos" (WMFT, 2011).

La Musicoterapia Neurológica (NMT por sus siglas en inglés), enfoque sobre el que se basará parte de ésta investigación, constituye la aplicación terapéutica de la música en las disfunciones cognitivas, afectivas, sensoriales, lingüísticas y motoras debido a desórdenes o lesiones en el sistema nervioso humano. Este enfoque se basa en modelos neurocientíficos de percepción y producción musical, y su influencia en los cambios a nivel cerebral de funciones no musicales y comportamentales (Thaut, 2014).

2.4.2 Musicoterapia clínica

Según Marcela Lichtensztejn, la música como fenómeno multidimensional afecta diferentes niveles del funcionamiento humano ofreciendo un potencial para mejorar la calidad de vida. Emociones y fisiología, sentimientos y mente se entrelazan para alcanzar bienestar y calidad de vida. (Lichtensztejn, 2009; Pino, 2011)

La aplicación especializada de la música en el área de la salud es el campo de acción de la musicoterapia; ésta ha sido ampliamente utilizada en diferentes marcos clínicos como hospitales, instituciones psiquiátricas, unidades de día, institutos terapéuticos y en la práctica privada.

Dentro de lo que Kenneth Bruscia define como un área de práctica, se encuentra la musicoterapia en el área médica que:

> "Incluye todas las aplicaciones de la música que se concentran en mejorar, recuperar o mantener la salud física del usuario… esto incluye todos aquellos enfoques que se dedican al tratamiento directo de las enfermedades, los daños o los males biomédicos, así como aquellos que se dedican a los factores psicosociales relacionados (factores emocionales, mentales, sociales o espirituales que contribuyen al problema biomédico)*"* (Bruscia, 2007).

Por lo tanto, el presente trabajo se enmarca en ésta área de práctica, en tanto que busca no solo fortalecer el potencial funcional de la voz, sino también los factores psicosociales relacionados a la DE.

Igualmente podemos ubicar ésta investigación dentro del nivel aumentativo de la musicoterapia, definido por Bruscia como "cualquier práctica en la que la música – musicoterapia se utiliza para mejorar la acción de otras modalidades de tratamiento y para apoyar y contribuir al plan general de tratamiento del usuario" (Bruscia, 2007), puesto que se busca posicionar a la musicoterapia como una terapia que aporta al tratamiento de la DE en Colombia.

La musicoterapia ejercida por un profesional especializado, ofrece un abordaje integrativo, no farmacológico, con el que se trabajan aspectos físicos, emocionales, intra e interpersonales del paciente, lo que posiblemente promueve la percepción de mayor bienestar en quienes padecen DE.

2.4.3 Métodos en musicoterapia

Según Bruscia (2007), la musicoterapia cuenta con cuatro métodos principales, basados a su vez en las diferentes formas en que se puede experimentar la música.

Cada tipo de experiencia involucra diferentes comportamientos y respuestas sensoriomotoras, que requieren distintas habilidades perceptuales y cognitivas, evoca diferentes emociones y lleva a diversos procesos interpersonales (Bruscia, 2007).

Por lo tanto las múltiples experiencias y procesos que se viven a través de la música, brindan un potencial terapéutico específico, por lo que es importante conocer el objetivo terapéutico e identificar el método que puede generar el alcance del mismo, teniendo en cuenta que dentro de cada método existen variaciones o técnicas que promueven una u otra respuesta.

Basado en lo expuesto por Bruscia (2007), se definirá a continuación los cuatro métodos principales en la musicoterapia:

2.4.3.1 Método de improvisación

Este método se basa en las experiencias de improvisación musical terapéutica, en donde los participantes crean música de forma espontánea a partir del uso de sonidos producidos con la voz, el cuerpo o instrumentos musicales, bien sea de forma individual o grupal, con el fin de establecer un canal no verbal de comunicación desarrollando diferentes habilidades intra e interpersonales. La función del terapeuta en este método es modelar, guiar o acompañar al o los usuarios durante su improvisación.

Según Shapira (2007), este es tal vez el recurso más utilizado dentro de la musicoterapia, incluso llegando a formar parte principal de distintos modelos tales como el modelo de Nordoff- Robbins, el modelo de Julieth Alvin, el modelo Riondon- Bruscia, la terapia de improvisación vocal de Sokolov, entre otros.

La improvisación en musicoterapia difiere a una improvisación musical en que en la primera no existen reglas ni estructuras para realizar la música, sino que permiten al improvisador ser y estar en la música. Dicha improvisación puede darse con referencia a situaciones, lugares, conceptos, personas etc., mientras que en el arte la improvisación musical es una reformulación de la música bajo parámetros formales.

Este método cuenta con variaciones tales como:

- Improvisación referencial y no referencial.
- Improvisación vocal.
- Improvisación instrumental.
- Improvisación corporal.

- Improvisación con medios mixtos.

Sin embargo, Bruscia ha llegado a realizar una compilación de 64 técnicas utilizadas en la musicoterapia de improvisación, realizando un consenso entre los nombres y el desarrollo de cada técnica, dejando abierta la posibilidad de que existan más técnicas o variaciones de las mismas según la creatividad de cada musicoterapeuta (Bruscia, 1999).

2.4.3.2 Método receptivo

Este método se basa en las experiencias receptivas o de escucha musical con base en improvisaciones en vivo o grabadas, ejecuciones o composiciones realizadas por el usuario o terapeuta y/o las grabaciones comerciales en diferentes estilos (música editada), con el fin de estimular/relajar a la persona, promoviendo respuestas corporales, cognitivas o psíquicas que le permitan el desarrollo u optimización de ciertas habilidades conforme al objetivo terapéutico.

En este método se pueden encontrar variaciones acorde al tipo de música presentada:

1. Música editada.
2. Música en vivo
3. Improvisación musical en vivo.

O variaciones acorde al tipo de respuesta o actividad interna que promueve:

1. Relajación corporal y mental
2. Anestesia corporal
3. Meditación
4. Regresión mental
5. Proyección
6. Imaginación, etc.

2.4.3.3 Método re-creativo

Basado en las experiencias re-creativas, éste método busca que el usuario reproduzca, ejecute o interprete una parte o toda una obra musical existente (en este sentido, puede ser algo que él mismo haya compuesto, que el terapeuta lo haya compuesto o que haga

parte de la música comercial). Esto con el fin de favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas, sensomotoras y de interacción social.

Con base en Bruscia (2007), el método re-creativo puede contar con las siguientes variaciones:

1. Re-creación instrumental
2. Re-creación vocal
3. Producciones musicales
4. Juegos y actividades musicales

Aunque es importante recalcar que la intervención tendrá una influencia mayor desde la perspectiva neurológica y cognitivo-conductual de tercera generación, se incluyen también algunas de las técnicas del trabajo con canciones desarrolladas e incluidas por Schapira y cols 2007 en su modelo de Abordaje Plurimodal (APM), en donde se describe la canción como uno de los principales recursos privilegiados con que cuentan los musicoterapeutas. Por ende ha dedicado una parte de sus estudios a proponer y definir algunas modalidades de abordaje terapéutico desde las canciones. Incluye en este:

1. Canto conjunto (canciones compuestas por el musicoterapeuta y/o el usuario, canciones comerciales de preferencia, etc.)
2. Inducción evocativa consciente (re-creación de una canción o pieza musical de forma vocal, con base en la evocación de canciones dentro de su inventario mental, relacionado con un tema específico)
3. Inducción evocativa inconsciente
4. Canción personal (creación y re-creación de la canción a través de la voz)
5. Trama de canciones (permite reconocer los modos expresivos y receptivos de los usuarios a través de la inducción evocativa consciente e inconsciente, re-creando canciones de forma individual en un trabajo grupal).

2.4.3.4 Método de composición

En las experiencias de composición, el terapeuta apoya al usuario en la creación-composición de una canción, letra de canción o pieza instrumental, con el fin de generar un producto como videos musicales o grabaciones de audio. Igualmente el terapeuta

puede acompañar la composición de la canción con la ejecución de un instrumento, conforme a la solicitud del usuario.

Las experiencias de composición tienen como objetivo la exploración emocional, el desarrollo de habilidades de planificación, organización, resolución creativa de problemas, entre otros.

Las variaciones planteadas por Bruscia son:

1. Parodias de canciones
2. Escritura de canciones
3. Composición instrumental
4. Actividades de notación

La composición como una intervención terapéutica ha recibido una creciente atención en el campo de la musicoterapia en la última década, sin embargo gran parte de las publicaciones se centran en los resultados clínicos en lugar de métodos de práctica (Wigram, 2008).

La composición terapéutica surge del uso de canciones en un contexto terapéutico. En este sentido, se basa en la escritura de canciones con los usuarios más que en la escritura de canciones para los usuarios.

Según Wigram (2005):

"…las canciones pueden ayudar a las personas a reflejar su pasado, su futuro y/o su presente, a ponerse en contacto con los procesos de pensamiento inconsciente, a confrontar las dificultades dentro de sus experiencias intrapersonales y sus relaciones interpersonales y proyectar sus sentimientos en la música. Las canciones también pueden usarse para facilitar el desarrollo de habilidades funcionales incluyendo funciones físicas, cognitivas o de comunicación. Dentro de los grupos, las canciones ayudan a desarrollar la cohesión del grupo, fomentando la interacción social y proporcionando apoyo de grupo"

2.4.4 Ejercicios motores orales y respiratorios (OMREX)

Los ejercicios motores orales y respiratorios (OMREX por sus siglas en ingles), son una técnica utilizada en NMT, que busca mejorar el control articulatorio, la fuerza respiratoria

y la funcionalidad del aparato del habla, a través de vocalizaciones y uso de instrumentos musicales de viento, en personas con diferentes patologías neurológicas que ocasionan disartrias o alteraciones del habla, y en enfermedades respiratorias tales como la enfermedad obstructiva crónica y el enfisema (Thaut, 2014).

Aunque no se describe específicamente su uso en las DE, los OMREX pueden ser útiles en el trabajo de la coordinación fonorespiratoria afectada en ésta patología, puesto que propone actividades como el canto, las improvisaciones vocales o la ejecución de instrumentos musicales de viento, los cuales implican el trabajo del musculo diafragmático y de otros músculos agonistas implicados en la respiración (Thaut, 2014).

En el caso del canto, se evidencia que no solo es benéfico para mejorar el desarrollo de la función respiratoria general, lo cual ayuda a que el paciente pueda tener un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria y una mejor calidad de vida (Thaut, 2014), sino que además permite explorar y expresar emociones a través de la misma voz.

En un estudio realizado por Bonilla en el 2009, se observó que el control respiratorio utilizado al cantar o tocar instrumentos de viento, promueven cambios positivos en la relación volumen-presión del sistema respiratorio, y en la eficiencia de los músculos respiratorios para el habla (Thaut, 2014). El canto terapéutico y las experiencias respiratorias con instrumentos musicales de viento, pueden además reducir la tensión muscular excesiva e incrementar la capacidad respiratoria.

2.4.5 Terapia de entonación vocal (VIT)

La Terapia de Entonación Vocal (VIT) consiste en la implementación de experiencias vocales para entrenar, mantener, desarrollar o rehabilitar aspectos del control vocal alterados por anormalidades estructurales, neurológicas, fisiológicas, psicológicas o funcionales del aparato fonatorio. Estas actividades incluyen aspectos del control vocal tales como inflexión tonal, control respiratorio, variaciones del timbre y dinámicas. La aplicación terapéutica puede incluir también experiencias de relajación incorporando la cabeza, el cuello, o el tronco superior y la respiración diafragmática (Thaut, 2014).

La VIT puede ser implementada en caso de alteraciones neurológicas tales como el Parkinson, las parálisis cerebrales, o el TCE. Igualmente en alteraciones estructurales

como en el paladar hendido, en el envejecimiento normal de las personas, anormalidades fisiológicas como las enfermedades de la tiroides, o incluso en desórdenes vocales psicógenos como los resultantes de cuadros de ansiedad, en los cuales la voz presenta diversas modificaciones como cambios tonales, aumento o disminución de la intensidad vocal, disminución del rango tonal, disminución de las capacidades respiratorias, disminución del tiempo máximo fonatorio y/o variaciones en las cualidades vocales (Thaut, 2014).

Las experiencias realizados en la VIT suelen estar acompañados con el piano, lo cual mejora significativamente la experiencia que se proporciona a los pacientes, favoreciendo así el soporte vocal y tonal, creando ambientes de relajación y tensión, dando soporte a las variaciones dinámicas y motivando al paciente para incorporarse con las experiencias vocales (Thaut, 2014).

Ésta técnica se soporta científicamente con numerosos estudios que indican que el canto y las experiencias vocales en pacientes con daño neurológico ayudan a mejorar la coordinación de la función laríngea, la vibración de las cuerdas vocales y la frecuencia fundamental.

2.4.6 Canto terapéutico (ST)

Por su parte, el Canto Terapéutico (ST) se refiere al uso generalizado de actividades de canto para una variedad de propuestas terapéuticas, direccionando a un amplio espectro de funciones en un camino general e indiferenciado de técnicas utilizadas en la rehabilitación del habla y el lenguaje (Thaut, 2005). Ésta técnica puede ser utilizada con todos los tipos de pacientes, en todas las edades y diagnósticos, favoreciendo en la consecución de objetivos relacionados con el habla, el lenguaje, el control respiratorio y la capacidad vital en una experiencia terapéutica integral.

El ST proporciona seguimiento a otras técnicas específicas tales como los ejercicios motores orales (OMREX) y la terapia de entonación vocal (VIT) (Thaut, 2014). Además es una importante fuente de motivación para los pacientes, puesto que se asocia con estados, emociones, pensamientos, relacionados con su entorno social y cultural.

El ST ha sido implementado en sesiones individuales y/o grupales, en pacientes con diversos diagnósticos neurológicos, motores, y específicamente para el interés de la

investigación, en usuarios con dificultades en la coordinación de la respiración y la fonación, con el fin de incrementar el control respiratorio y la producción de la voz. Ésta técnica ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de la afonía cuando es utilizado en combinación con los ejercicios motores orales y respiratorios, así como con la terapia de entonación vocal. De igual forma se ha utilizado en combinación con la terapia de voz tradicional (Thaut, 2014).

El nivel del éxito logrado con las intervenciones de canto terapéutico depende directamente de la elección de las canciones. Aunque las preferencias musicales de los pacientes se deben tener en cuenta, la selección de la canción incluye muchos más factores que deben estar relacionados con la lógica musical y terapéutica.

2.4.7 Musicoterapia en la disfonía

Durante la revisión de estudios e investigaciones realizadas en los últimos años, en las cuales se implementa un tratamiento musicoterapéutico a pacientes con disfonía, solo se encontró una investigación realizada en Brasil durante el año 2006, la cual no cuenta aún con resultados disponibles para su revisión. La investigación titulada “Contribuciones de tratamiento musicoterapéutico a pacientes con disfonía”, desarrollada por Freitas y Teixeira, y presentada en el *XVI Congreso de la Asociación Nacional de Investigación y Posgrado en Música (ANPPOM), Brasilia – 2006***,** aborda el tema del tratamiento de la disfonía en el contexto musicoterapéutico. Se trata de una investigación cualitativa desarrollada con tres pacientes del sexo femenino portadoras de disfonía en el Laboratorio de Musicoterapia de EMAC – UFG durante cuatro meses. En ella consideran la necesidad del trabajo orientado hacia la dimensión emocional del paciente con disfonía, trabajándolo a partir de la música, y con base en los conocimientos fonoaudiológicos y musicoterapéuticos de la investigadora, similar a la presente investigación.

Sin embargo, dicha investigación está orientada a un tipo de disfonía que no es del tipo de la disfonía espasmódica, y por tanto no aporta conocimientos frente al tema de investigación presente. De igual forma, es posible que existan otros estudios con relación al tema, pero su divulgación ha sido notablemente baja, por lo que se considera necesario motivar la publicación de dichos estudios, así como la ejecución de estudios nuevos.

3. Metodología

3.1 Sujetos (Muestra)

3.1.1 Caracterización

La presente investigación contó con la participación de 4 usuarias mujeres, en edades entre los 39 y 68 años de edad, 2 de ellas con diagnóstico de DE aductora, 1 con diagnóstico de DE abductora y 1 con diagnóstico de DE sin clasificar. El tiempo trascurrido desde el diagnóstico médico varía entre los 3 y los 18 años, y el de presencia de la condición entre los 5 y 23 años, algunas de ellas recibieron tratamiento médico (aplicación de toxina botulínica) y terapia fonoaudiológica previa. Actualmente 2 de ellas se encuentran en tratamiento médico recibiendo aplicación de toxina botulínica (ultima aplicación hace más de 6 meses) y 1 se encuentra en tratamiento fonoaudiológico simultáneo al tratamiento musicoterapéutico. Ninguna de ellas recibió otro tratamiento médico, terapéutico o alternativo, antes ni durante el presente programa.

3.1.2 Criterios de selección

- Presentar diagnóstico médico de disfonía espasmódica (aductora, abductora o mixta).
- Encontrarse entre los 39 y 70 años de edad (adultez intermedia según Papalia, 2010).
- No tener ningún diagnóstico que comprenda compromisos a nivel cognitivo.
- No presentar diagnóstico de Hipoacusia.
- No tener presencia de patologías psiquiátricas diagnosticadas.
- No iniciar otro tratamiento adicional durante el proceso de investigación – intervención, diferente a su tratamiento estándar y musicoterapéutico.
- No haber recibido tratamientos de musicoterapia previos o procesos de rehabilitación centrados en la música.

3.2 Diseño

El presente estudio es de tipo cuasi experimental mixto (cuali-cuantitativo), con diseño de pre prueba y pos prueba con un solo grupo. (Sampieri, 2010).

Se recolectaron datos tanto cualitativos (análisis de las sesiones, entrevista, ficha musicoterapéutica, encuesta) como cuantitativos (Índice S/Z, Tiempo máximo de fonación (TMF), tiempo máximo de espiración (TME), Índice de incapacidad vocal VHI-30), aplicando estos últimos antes y después del proceso de intervención musicoterapéutica, lo cual permite realizar un seguimiento a los posibles efectos resultantes de la implementación del programa en relación con la ansiedad y el impacto de la disfonía espasmódica en las participantes.

3.2.1 Variables

X	Ansiedad
Y	Disfonía espasmódica
Z	Musicoterapia

Teniendo en cuenta que la dificultad de la población a abordar es ansiedad (X), que es causa y a la vez consecuencia de la disfonía espasmódica (Y), se considera que la musicoterapia (Z) como factor interviniente, puede favorecer el manejo de la ansiedad lo cual repercute en la reducción del impacto de la DE en la vida de las participantes.

3.3 Procedimiento

La presente investigación contó con tres fases principales, las cuales se describen y detallan a continuación:

Fase inicial (Valoración): En ésta primera fase, se realizó una reunión grupal con los posibles candidatos, pertenecientes al grupo de apoyo para la disfonía espasmódica (DISES) dándoles a conocer el programa musicoterapéutico y el proceso de investigación. Se realizó una entrevista inicial escrita para conocer datos básicos tales como edad, tiempo y tipo de diagnóstico de la disfonía espasmódica, tratamientos actuales y previos, entre otros (Anexo A.), seleccionando así a los participantes según los criterios establecidos. Una vez seleccionadas las personas que cumplían con los criterios

y que contaban con la disponibilidad e interés en participar, se realizó la planeación y concreción del proceso, iniciando con la firma de consentimientos informados (Anexo B.) para el proceso investigativo, el cual habilitaba la toma de registro audiovisual de todas las sesiones durante la aplicación del programa musicoterapéutico, a fin de facilitar el posterior análisis de las sesiones y del programa.

Seguido a esto, se diligenció la ficha musicoterapéutica relacionada con historia sonoro-musical, preferencias y antecedentes musicales de cada participante (Anexo C.). Igualmente se diligenció un cuestionario de autoevaluación vocal a cada usuaria antes de la ejecución del programa musicoterapéutico, a través del *Índice de Incapacidad Vocal o Voice Hándicap Índex (VHI) – 30* adaptada y validada al español (España) (Anexo D.), con el fin de conocer su autopercepción con relación a su voz y las limitaciones que ésta genera en su vida cotidiana, determinando a partir de éste y de la literatura, los factores relacionados con la ansiedad que serían abordados durante el proceso. Adicionalmente, se realizó valoración de la capacidad respiratoria y la coordinación fonorespiratoria a través de evaluación con índice S/Z, determinando tiempo máximo de fonación (TMF) y tiempo máximo de espiración (TME) (Anexo E.) por la investigadora basada en sus conocimientos como profesional en fonoaudiología.

La valoración inicial musicoterapéutica propiamente, se realizó con base en la ficha musicoterapéutica diligenciada, así como a partir de la observación y análisis de los datos recolectados durante las primeras cuatro sesiones, planeadas para tal fin.

Fase intermedia (intervención): Posteriormente, se realizaron intervenciones musicoterapéuticas grupales de 1 hora- 30 minutos, 2 veces a la semana, durante 2 meses, para un total de 13 sesiones de intervención. Las sesiones se llevaron a cabo en el laboratorio de musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia, los días lunes de 2:30 pm a 4:00 pm y martes de 3:30 pm a 5:00 pm por disponibilidad tanto de las participantes seleccionadas como del espacio. Dichas sesiones tuvieron un formato general de cinco fases (Sosegar, sacudir, Sembrar, Señalar y Salir) conforme a las necesidades y objetivos terapéuticos e investigativos planteados (Anexo F.), en las cuales se realizaron actividades a través de los diferentes métodos musicoterapéuticos (receptivo, composición, improvisación y re-creativo) según criterio musicoterapéutico. Se realizaron experiencias tales como el canto terapéutico, la terapia de entonación vocal,

los actividades motores orales y respiratorios propuestos a través de la Improvisación vocal, corporal e instrumental, la relajación muscular corporal y mental promovida por el método receptivo, entre otras; así como para el tratamiento de las alteraciones emocionales asociadas a la patología a través de los 4 métodos musicoterapéuticos, proporcionando espacios de expresión, autoconocimiento, auto aceptación y socialización.

Desde la NMT, las técnicas que se implementaron en el programa musicoterapéutico propuesto fueron los Ejercicios motores orales y respiratorios (OMREX), la Terapia de Entonación Vocal (VIT) y el Canto Terapéutico (TS) (Thaut, 2014).

Fase final (Cierre y evaluación): Ésta fase estuvo conformada por 1 sesión en la cual se realizó una breve conclusión del proceso musicoterapéutico, mostrando al grupo los resultados del mismo. Igualmente se realizó un compartir de actividades y experiencias en relación con las sesiones de intervención, realizando retroalimentaciones a las participantes. Adicionalmente se realizó evaluación del proceso diligenciando nuevamente el índice de Incapacidad Vocal VHI-30 (Anexo D.), así como registrando los datos relacionados con la capacidad respiratoria y la coordinación fonorespiratoria a través de evaluación con índice S/Z, determinando tiempo máximo de fonación (TMF) y tiempo máximo de espiración (TME) (Anexo E.). Finalmente se diligenció una encuesta de satisfacción con relación al programa musicoterapéutico desarrollado (Anexo H.) a fin de conocer sus opiniones y percepciones con relación al mismo.

En general el proceso tuvo una duración de 27 horas (18 sesiones), de las cuales las 4 primeras correspondieron al proceso de valoración, las siguientes 13 sesiones al proceso de intervención y la última sesión al cierre del proceso y evaluación terapéutica.

3.4 Cronograma

Actividades relacionadas al proceso de intervención

Mes	JUL	AGOSTO						SEPTIEMBRE								OCTUBRE		
Actividad	31	1	8	14	15	28	29	4	5	11	12	18	19	25	26	2	3	9
Valoración inicial musicoterapéutica																		
Intervención musicoterapéutica																		
Valoración final-cierre de proceso.																		

Actividades administrativas

Mes	Mayo	Junio			Julio			Octubre			
Actividad	30	2	9	16	18	20	25	10	11	12	13
Entrega anteproyecto											
Gestión participantes											
Gestión lugar											
Revisión final del documento directores											
Documento final											

3.5 Instrumentos (herramientas)

3.5.1 Ficha musicoterapéutica

La ficha musicoterapéutica es un formato elaborado por el musicoterapeuta para consignar información general del participante así como los datos relacionados con su historia sonoro-musical, que permite dar cuenta de las preferencias y antecedentes musicales. Este formato es diligenciado por el musicoterapeuta paralelo a una entrevista verbal realizada al usuario (Anexo C.).

3.5.2 Índice de incapacidad vocal (VHI-30)

El Índice de Incapacidad Vocal (VHI por sus siglas en inglés) es un cuestionario desarrollado por Jacobson et al en 1997, que busca cuantificar el impacto percibido por un sujeto afectado por un trastorno vocal en los ámbitos de la propia función vocal, en la capacidad física relacionada con ella y en las emociones que provoca la disfonía (Núñez, 2007).

Según el mismo autor, este tipo de cuestionarios está extendiéndose a todos los ámbitos de la medicina en respuesta a la importancia de valorar también los aspectos emocionales o de calidad de vida del paciente, dentro de una perspectiva holística de la persona. De todos los cuestionarios que se han desarrollado para ese fin, el VHI es el de

mayor uso y ha sido adaptado y traducido a distintos idiomas (Jacobson, 1997; Nuñez, 2007; Elhendi, 2012).

En el año 2007, Núñez et al, realizaron el proceso de adaptación y validación del Voice Hándicap Índex para la versión de español de España, obteniéndose un buen resultado, por lo que actualmente los países de habla hispana se encuentran utilizando dicha adaptación.

El VHI consta de un cuestionario de autoevaluación que explora tres dominios (funcional, orgánico y emocional), mediante 10 preguntas en cada uno (30 en total). La subescala funcional describe el efecto del trastorno de la voz del usuario en sus actividades cotidianas; la subescala orgánica valora la percepción del usuario de las molestias laríngeas o de las características de la producción vocal y la subescala emocional indica la respuesta afectiva de la persona al trastorno vocal (Elhendi, 2012).

Cada uno de los ítems cuenta con una escala numérica de 0-4 en la cual el usuario deberá marcar el número que corresponde con la frecuencia con que presenta las situaciones propuestas, dónde: 0 significa “Nunca”, 1: “Casi nunca”, 2: “A veces”, 3. “Casi Siempre” y 4: “Siempre” (Jacobson et al, 1997). (Anexo D.).

La puntuación máxima para cada una de las partes es de 40 puntos, clasificándose como incapacidad leve menos de 20 puntos, incapacidad moderada de 21-30 puntos e incapacidad severa más de 30 puntos. Sumando las tres partes, la puntuación máxima obtenible total de la prueba es de 120 puntos; clasificando como incapacidad vocal leve menos de 30 puntos, moderada de 31-60 puntos, severa de 61-90 puntos y profunda de 91-120 puntos (González, 2006).

3.5.3 TMF, TME e índice S/Z

A partir de las orientaciones de la *European Laryngological Society* (ELS) para la valoración funcional de la disfonía, el análisis aerodinámico es una de las dimensiones que se deben incluir (Batalla, 2014); siendo el indicador aerodinámico de la voz más simple el Tiempo Máximo de Fonación (TMF), el cual consiste en la prolongación de la emisión de la vocal /a/ durante el máximo tiempo posible en una frecuencia e intensidad confortable tras una inspiración profunda (Vila-Rovira, 2011).

Continuando con el análisis aerodinámico para la valoración de la voz, otro indicador que se debe tener en cuenta es el Tiempo máximo de Espiración (TME), el cual consiste en la prolongación de un soplo espiratorio durante el máximo tiempo posible con la emisión de un fonema /s/, Aunque no es un dato directamente relacionado con la fonación sí permitirá acceder a un parámetro de coordinación fonorespiratoria.

El índice s/z es un cociente que se determina a partir de la relación entre el TME para el fonema /s/ y un tercer dato que es el TMF para el fonema /z/, el cual consiste en la prolongación de la emisión del sonido /z/ durante el máximo tiempo posible en una frecuencia e intensidad confortable tras una inspiración profunda (Anexo E.).

En este sentido, /S/ permite medir el soporte aéreo pulmonar y /Z/ la fuente friccional más fuente glótica (cuerdas vocales). Se espera tiempos iguales para ambos sonidos en voces normales, es decir, un valor teórico normal = 1 que representa un individuo con dinámica fonatoria normal, capaz de utilizar el aire en forma eficiente. En relación a la interpretación de los resultados se puede decir que: si el valor resultante del índice es mayor de 1.4 se considera atípico e indicativo de un cierre laríngeo defectuoso-falta de aducción de las cuerdas vocales; si ambos valores de sustentación están bajos, está comprometido el soporte respiratorio; si el valor de /z/ está disminuido y el de /s/ está normal, se considera que hay disminución de las aducción de las cuerdas vocales; y si el valor de /Z/ es mayor que /s/, existe hipercontracción o hiperaducción de las cuerdas vocales (Guzmán, 2010).

3.5.4 Indicadores psicosonoros de integración vincular- Patricia Piellizari.

Este instrumento de evaluación creado por Patricia Piellizari (2005), basado en las conceptualizaciones de Keneth Bruscia y del equipo de investigación ICMUs de Argentina, fue utilizado para realizar seguimiento al proceso musicoterapéutico valorando las improvisaciones instrumentales grupales, con el fin de visualizar la integración grupal desde lo intra y lo intermusical (Anexo G.).

Tiene en cuenta indicadores desde el área psíquica-conductual así como desde el área sonora, estableciendo cuatro niveles de rasgos:

1. Tendencia a la diferenciación e integración vincular
2. Tendencia a la dependencia
3. Tendencia al aislamiento
4. Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación

Cada uno de los cuales cuenta con unas subdivisiones en donde se caracteriza el tipo de participación psico-sonora del usuario.

Este instrumento se puntuó por cada una de las participantes durante 10 improvisaciones, estableciéndose un patrón de intervención y observándose los cambios existentes a nivel de interacción social-musical durante las mismas (Anexo G).

3.5.5 Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico.

Para la evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, se utilizó una encuesta de creación propia, elaborada específicamente para tal fin. Consta de 10 preguntas abiertas y 1 de selección múltiple, en donde se incluyen preguntas en relación con preferencias, variación de la voz durante y después de las sesiones, cambios en la percepción del impacto de la disfonía espasmódica en su vida diaria, modificaciones a nivel del manejo de ansiedad y consideraciones en relación al trabajo terapéutico, entre otras (Anexo H.).

3.5.6 Evaluación no paramétrica- Rangos Wilcoxon.

La prueba con rangos Wilcoxon es una prueba no paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas, Se utiliza para comparar dos mediciones de rangos (medianas) y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

La prueba de Wilcoxon, de rangos con signo de una muestra, considera no sólo si un valor observado es o no mayor (menor) que la mediana hipotética, sino también qué tan grande (pequeña) es.

3.6 Consideraciones éticas.

Se realizó una investigación musicoterapéutica desde un nivel aumentativo, en donde se dio cumplimiento a los principios éticos para la disciplina, planteados por la Asociación americana de musicoterapia (AMTA), los cuales tienen como objetivo determinar y utilizar los enfoques de musicoterapia que ayuden efectivamente en la restauración, el mantenimiento y la mejora de la salud mental y física.

El musicoterapeuta (MT) establece un acuerdo preciso con los sujetos de investigación antes de su participación en el estudio. En este acuerdo, se explican las responsabilidades y los derechos de todas las partes, y se obtiene el consentimiento por escrito. El MT explica todos los aspectos de la investigación que podrían influir en la voluntad de participación del sujeto, incluidos todos los riesgos y beneficios posibles, evitando cualquier engaño en la investigación.

Igualmente el MT protegerá los derechos de las personas con las que trabaja. Estos derechos incluirán, entre otros, los siguientes:

1. Respeto por la identidad de los participantes
2. Confidencialidad
3. Flexibilidad en el tratamiento
4. Respeto hacia los usuarios
5. Inclusión
6. Responsabilidad y compromiso
7. Auto-observación.

4. Resultados

4.1 Población intervenida

Las participantes fueron 4 mujeres con diagnóstico de disfonía espasmódica, con edades entre los 39 y 68 años de edad, quienes asistieron regularmente a las sesiones *(Ver Gráfico 1.0).* Fueron inicialmente caracterizadas a partir de la entrevista realizada antes de comenzar el proceso (Tabla 1.2.).

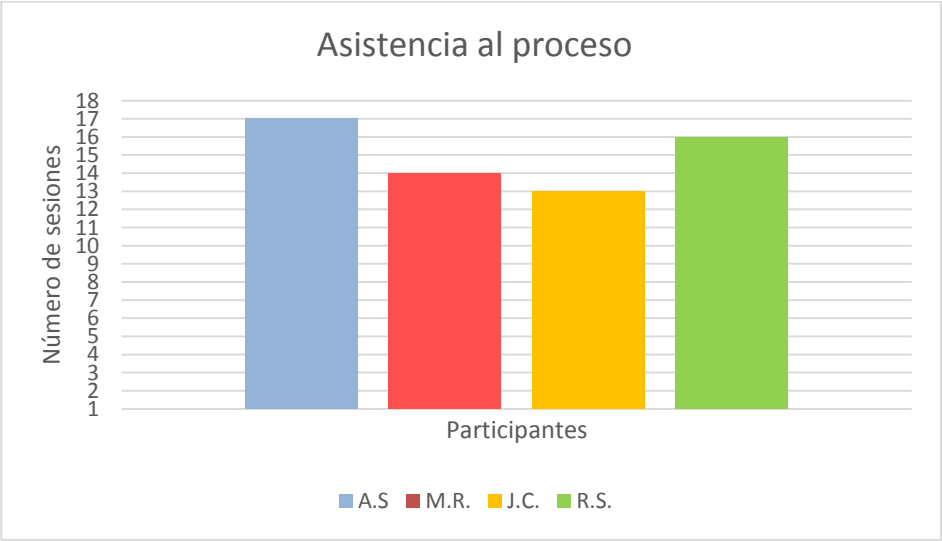

Gráfico 1.0. Asistencia de las participantes al proceso.

Una de las participantes hacia el final del proceso tuvo una intervención quirúrgica que le impidió asistir tanto a las dos últimas sesiones de intervención, como a la sesión de cierre. Sin embargo, se realizó toma de los registros y diligenciamiento de los formatos post-tratamiento en su domicilio el mismo día que las demás participantes.

Tabla 1.2. Entrevista Inicial Musicoterapéutica

NOMBRE	A. S.	M. R.	J. C.	R. S
edad	57 años	39 años	68 años	51 años
numero de documento	XXXXX870	XXXXX944	XXXXX610	XXXXX199
dx	disfonía espasmódica en aducción	disfonía espasmódica	disfonía espasmódica abductora	disfonía espasmódica aductora
tiempo de presencia	23 años	10 años		14 años
tiempo de diagnostico	18 años	3 años	4 años	14 años
ocupación	docente primer grado	agente de call center	ama de casa	ama de casa
Tratamiento actual	ninguno	ninguno	terapia del lenguaje	bótox (dic-2016)

4.2 Proceso musicoterapéutico

El proceso musicoterapéutico tuvo lugar en el laboratorio de musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia – sede Bogotá entre los meses de agosto y octubre de 2017 los días lunes y martes en horas de la tarde. Cada una de las sesiones fue de 1 hora – 30 minutos en los cuales se desarrollaron las actividades musicoterapéuticas planeadas previamente.

La fase de valoración inicial estuvo compuesta por 4 sesiones (6 horas), en las cuales se exploró y caracterizó la población con relación a modos expresivos-receptivos propuestos por el Abordaje Plurimodal (Shapira, 2007), identificando las habilidades y posibilidades musicales, corporales y vocales de las participantes, así como realizando exploración de emociones y pensamientos. Para ello se implementaron actividades musicoterapéuticas de seguimiento rítmico, improvisaciones musicales instrumentales, corporales y vocales, seguimiento melódico, re-creación de canciones y composición por parodia.

Cada una de las sesiones fue analizada a través de un protocolo, en el cual se describieron las respuestas de las participantes frente a cada una de las actividades propuestas. De igual forma se realizó el diligenciamiento de la Ficha Musicoterapéutica (Anexo I), de la cual se obtuvo la información relacionada con modos expresivos-receptivos que facilitarían el desarrollo del proceso; el índice de incapacidad vocal VHI-30

y los registros de tiempo máximo de fonación (TMF), tiempo máximo de espiración (TME) e índice S/Z.

A partir de los protocolos y las respuestas con mayor puntaje en el VHI-30, así como basados en la literatura desde el enfoque cognitivo-conductual, se establecieron 10 factores relacionados con rasgos de ansiedad evidenciados en las participantes tanto en su música, como en los pictogramas, verbalizaciones y escritos, los cuales se trabajaron a lo largo del proceso de intervención. Tales factores constituyeron la base sobre la cual se planearon los objetivos terapéuticos principales (Tabla 1.3.).

Tabla 1.3. Factores establecidos como guia de proceso y sesiones en las que se abordaron

FACTORES		SESIONES TRABAJADAS
F1	Pensamientos negativos frente a la crítica	5-6-7-8-12-16
F2	Preocupación con relación al progreso de la disfonía espasmódica.	8-9-13-14-16
F3	Aprensión a hablar en público o con personas desconocidas.	7-9-12-14-18
F4	Pensamientos de incompetencia y subvaloración personal	8-9-10-12-16
F5	Sentimientos de inseguridad y baja autoestima	5-7-11-13-15-16-17-18
F6	Inquietud motora al hablar en público o con personas desconocidas	5-9-14-17-18
F7	Conductas de evitación frente a actividades como hablar en público, cantar o conversar con personas desconocidas	7-8-10-11-14-17
F8	Parálisis y/o bloqueos corporales frente a actividades específicas	7-9-10-13-14-17
F9	Baja tolerancia a la frustración	5-10-12-14-15-16-17-18
F10	Presencia de tensión muscular, temblores o aumento de la frecuencia respiratoria durante actividades como cantar, hablar en público o con personas desconocidas.	5-6-7-9-13-17-18

La fase de intervención contó con un total de 13 sesiones (19,5 horas) en las cuales se trabajaron los objetivos terapéuticos propuestos, a partir de los factores establecidos y de las preferencias musicales y modos expresivos-receptivos de las participantes. Para ello se realizaron actividades musicoterapéuticas tales como improvisación musical instrumental, corporal y vocal; escucha meditativa, baño sonoro, imaginación guiada a través de la música, relajación corporal y mental con música en vivo, música editada e improvisaciones en vivo; re-creación instrumental, re-creación vocal, canto conjunto, inducción evocativa consciente, inducción evocativa inconsciente, re-creación de

canciones compuestas por sí mismas, actividad de trama de canciones; composición por parodias de canciones, escritura de canciones, trovas, composición instrumental y actividades de notación musical, algunas de las cuales son propuestas por el Abordaje Plurimodal (APM) (Shapira, 2007).

El análisis musical se realizó a partir del instrumento de evaluación de P. Piellizari, Indicadores Psicosonoros de Integración Vincular (Pielizari, 2005), a fin de conocer las posibilidades que la musicoterapia brinda en el fortalecimiento de las interacciones sociales. Este instrumento se puntuó por cada una de las participantes durante 10 improvisaciones grupales, estableciéndose un patrón de intervención y observándose los cambios existentes a nivel de interacción social-musical durante las mismas.

Así mismo, se realizó el análisis del proceso de intervención mediante los protocolos de sesión, los cuales a su vez argumentaban y alimentaban el instrumento de indicadores psicosonoros. Se evidenció una asistencia promedio de 8 sesiones por participante *(Ver Gráfico 2.0)*.

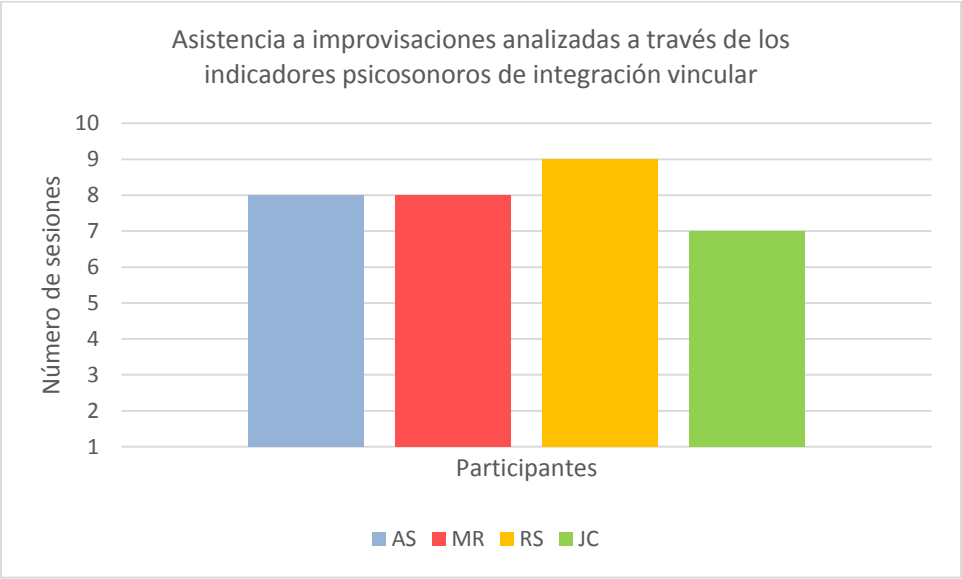

Gráfico 2.0. Asistencia de las participantes a las improvisaciones grupales analizadas a través de los indicadores Psicosonoros de integración vincular.

La fase final estuvo compuesta por una única sesión (1,5 horas) en la cual se realizó el cierre del proceso musicoterapéutico, a través de actividades de re-creación de canciones compuestas por las participantes, improvisación instrumental grupal, y retroalimentación verbal. Igualmente se realizaron los registros post-tratamiento de los tiempos máximos de fonación, tiempos máximos de espiración, e índice S/Z, así como diligenciamiento del VHI-30 post-tratamiento y la evaluación del impacto del programa musicoterapéutico (Anexo J.).

Los protocolos realizados en cada una de las 18 sesiones, alimentaron las dos matrices de análisis, diseñadas para condensar la información más relevante y facilitar el proceso investigativo. La matriz de análisis 1, recogió la información de cada una de las participantes sesión a sesión, permitiendo visualizar el total del proceso. A modo de ejemplo se presenta la matriz:

	PARTICIPANTES			
N° DE SESIÓN	A. S.	M. R.	J. C.	R. S.
1	Adecuado seguimiento rítmico y melódico, con propuestas corporales diferenciadas. Tiende a hablar con firmeza y a una intensidad alta, asociado a su rol profesional de docente. Es concreta en las improvisaciones. Realiza variaciones tímbricas y de intensidad conforme a lo que desea expresar.	Se muestra inicialmente retraída y tímida, pero participa activamente de la sesión. Se le dificulta el seguimiento rítmico, sin lograr mantener un pulso estable ni ir en sincronía con el grupo. A nivel corporal realiza propuestas iniciales diferenciándose sus movimientos de los de sus compañeras. No logra coordinar el ritmo con actividad verbal, pero no se cohíbe frente al ejercicio.	Muestra algunas restricciones en el movimiento corporal asociado a su edad. Presenta fallas para el seguimiento rítmico, no establece pulso fijo, no logra asociar ritmo corporal y verbalización. Su improvisación es concreta y tiende a asumir un rol de acompañante, sin lograr realizar propuestas musicales claras. Tiende a mantener una intensidad vocal e instrumental más baja que la de sus compañeras.	Muestra buenas habilidades musicales; logra seguimiento rítmico, es concreta en la improvisación musicoterapéutica. Aunque logra explorar los instrumentos musicales de manera independiente, muestra predilección por aquellos que son comúnmente utilizados, y que poseen semillas. Presenta labilidad emocional, predominio comunicativo a través de la verbalización.
2	Propone creativamente sonidos y movimientos, escuchando también las propuestas de compañeras y musicoterapeuta tratando de imitarlas. Muestra mayor musicalidad cuando se promueve la exploración de los instrumentos, que cuando se solicita su presentación.	Poco a poco va logrando mayor vinculación con el grupo. Trata de conectarse emocionalmente con sus compañeras. Propone sonidos y movimientos, aunque le cuesta. Mantiene intensidades bajas durante sus improvisaciones tanto individuales como grupales.	Propone algunos sonidos corporales y orales, aunque generalmente tiende a imitar los que escucha de sus compañeras o de la terapeuta. Presenta dificultad notable en la entonación vocal, puesto que su voz se escucha entrecortada, sin lograr mantener el tono con una espiración prolongada.	Muestra amplia expresividad corporal, logrando explorar y proponer creativamente sonidos corporales y orales, así como dinámicas musicales variadas; logra mantener un poco mejor el ritmo, conectando con sus compañeras. Su voz suena mucho mejor cuando se encuentra relajada, o cuando intenta asociar la voz con el sonido del tambor.
3	La participante muestra disposición para las actividades de escucha meditativa y dibujo en técnica de artes mezclados, logrando representar gráfica y musicalmente los pensamientos y sentimientos relacionados con su voz en un ambiente de interacción social.	Se evidencia una disminución de los movimientos involuntarios del cuello cuando se realizan ejercicios de relajación mental y corporal, manteniéndose atenta a los sonidos y a las preguntas realizadas, pero aumentando cuando se debe enfrentar a situaciones donde debe ser el centro de atención.	J. C. también muestra buena disposición ante actividades receptivas, permaneciendo atenta a los sonidos y logrando un estado adecuado de relajación y reflexión. Durante su improvisación, inicia con inseguridad, negando con la cabeza como invalidando sus habilidades y la exploración que pudiese realizar.	R. S. igualmente muestra amplia disposición a las actividades receptivas, logrando la relajación corporal. Durante su improvisación musicoterapéutica, requiere que se repita y clarifique la información dada para el ejercicio, iniciando de forma adecuada, pero esperando inmediatamente la respuesta de la musicoterapeuta.
4				

Activar Windows
Ir a Configuración de PC par

Por su parte la matriz de análisis 2 permitió ver el progreso de las participantes por factor. Ésta contenía cada uno de los 10 factores, las sesiones en las cuales fueron trabajados, y la descripción del proceso en cada una de las participantes. A modo de ejemplo se presenta la matriz.

FACTORES		SESIONES TRABAJADAS	PARTICIPANTES			
			A. S	M. R.	J.C.	R. S.
F1	Pensamientos negativos frente a la crítica	5-6-7-8-12-16	Inicialmente la participante muestra de forma ocasional, pensamientos negativos frente a la crítica a través de sus expresiones verbales, graficas, pictográficas, y musicales. Sin embargo, al finalizar el proceso se evidenció disminución de dichos pensamientos, reconociendo que no siempre la crítica es negativa.	Al inicio del proceso, de forma continua, mostraba preocupación frente a lo que las demás personas podían decir en relación a su voz, a sus movimientos anormales y al concepto que pudiesen tener de ella. Sin embargo, al finalizar el proceso, considera que no siempre las personas pueden tener conceptos negativos sobre ella, y que no siempre las críticas son malas sino que permiten el crecimiento.	La participante muestra constantemente pensamientos negativos frente a su voz, a como las demás personas la perciben, y a como las criticas la afectan notablemente. Pese a esto, al finalizar el proceso, logra reconocer que no solo es importante afrontar las críticas, sino que estas ayudan en muchas ocasiones a mejorar, y que la mayor crítica es ella misma frente a su propia voz.	Durante gran parte del proceso, la participante se mostró preocupada por las críticas que las demás personas pudiesen hacerle, indicando que siempre era juzgada y burlada por su condición. Sin embargo, al finalizar, disminuyen la presencia de pensamientos negativos frente a lo que las personas pudiesen decir sobre ella y sobre su voz, dando espacio para escuchar y analizar mejor las críticas.
F2	Preocupación con relación al progreso de la disfonía espasmódica.	8-9-13-14-16	La participante no muestra preocupación inicial frente al progreso de la disfonía, aunque si frente a como suena su voz, como la perciben los demás, y como está la limita en las interacciones sociales. Sin embargo, al finalizar el proceso, reconoce en si misma el poder mejorar o empeorar su voz asociado a estados, emociones y pensamientos.	Aunque le preocupa cómo podría sonar su voz más adelante, muestra una mayor preocupación por cómo suena su voz en el momento, considerando que la DE puede impedirle la realización de proyectos y metas. Al finalizar el proceso reconoce que el progreso de la DE depende en gran medida de los factores internos relacionados con emociones y pensamientos, así como de estados y actitudes propias.	Le preocupa inicialmente que su voz no mejore, o que incluso empeore con el paso del tiempo. Sin embargo, al finalizar logra reconocer que el progreso de su condición, positivo o negativo, depende tan solo de ella misma, de que tanta atención le preste al problema, de que tan tensionada o relajada este, y de su propio autoconcepto.	Le preocupa bastante inicialmente que su voz no mejore, o que incluso empeore con el paso del tiempo, mostrándose lábil emocionalmente. Pese a ello, al finalizar el proceso reconoce y confirma que el progreso de su condición, positivo o negativamente está asociado a su propio autoconcepto, el reconocimiento de sus posibilidades, la atención que le preste y la relajación o tensión que le ejerza.

Activar Wi
Ir a Configura

4.2.1 Participante A. S.

Mujer de 57 años de edad, docente de primero de primaria, con diagnóstico de disfonía espasmódica aductora desde hace 23 años, con un tiempo de diagnóstico de 18 años, actualmente sin tratamiento médico ni terapéutico.

Con relación al proceso, durante la fase de valoración y parte de la intervención se observó adecuado seguimiento rítmico y melódico, con propuestas corporales diferenciadas, realizando variaciones tímbricas y de intensidad conforme a lo que desea expresar, aunque se muestra concreta en sus improvisaciones. Tiende a hablar con firmeza y a una intensidad alta, manteniendo cierto rol de líder en el grupo, asociado a su rol profesional de docente. Sin embargo se mantiene atenta a sus compañeras permitiéndoles liderar en algunos momentos las actividades. Aunque se muestra fuerte y segura de sí misma, deja notar algunos pensamientos de subvaloración y baja estima, expresado no solo a través de la verbalización sino de la corporalidad y musicalidad.

Durante una improvisación con piano realizada conjuntamente con la musicoterapeuta en la sesión 3, se evidencian rasgos de ansiedad, mostrando aprensión a realizar la experiencias e iniciando rápidamente sin haber escuchado las indicaciones completas. Su propuesta musical contiene amplias variaciones melódicas y rítmicas, con una intensidad media, realizando algunos estacatos y obstinatos melódicos, parando

constantemente para revisar su dibujo y continuar con la improvisación, la cual en general fue corta y concreta. Al finalizar, corporalmente mostró intencionalidad de continuar tocando pero se detuvo, y decidió no continuar, demostrando cierto grado de inseguridad.

A lo largo del proceso se evidencia en la participante, amplia disposición para las actividades de re-creación de canciones y canto conjunto, composición e improvisación musicoterapéutica, así como alta receptividad ante la música y los sonidos en actividades de musicoterapia receptiva, logrando imaginar, meditar, reflexionar y/o relajarse corporal y mentalmente.

En relación con los factores de ansiedad trabajados a lo largo del proceso, se evidenció inicialmente que la participante muestra de forma ocasional, pensamientos negativos frente a la crítica a través de sus expresiones verbales, gráficas, corporales y musicales. Pese a que no muestra preocupación inicial frente al progreso de la disfonía, si refiere inconformidades frente a cómo suena su voz, como la perciben los demás, y como está la limita en las interacciones sociales.

Debido a su profesión, constantemente se encuentra frente a un auditorio. Sin embargo, cuando se presenta ante personas desconocidas o a un público más grande reconoce sentir temor antes de realizar la actividad, tratando de evitarla. Aunque inicialmente busca promover en el grupo pensamientos positivos en relación a sí mismas, a través de “si puedo”, “no sé, pero lo intento”, “hagámosle”, etc., la participante muestra ocasionalmente pensamientos de incompetencia y subvaloración personal, refiriendo no poder lograr cierta metas por no contar con las habilidades o aptitudes necesarias, o incluso por ser menos que otros comparándose con personas más jóvenes o más preparadas.

La participante no se muestra insegura en la mayor parte del proceso, sin embargo, ocasionalmente si muestra algún grado de desconfianza en sí misma para realizar las actividades. De igual manera en varias oportunidades refiere sentirse menos linda que otras personas, o menos importante, lo que indica una baja estima de sí misma. Generalmente la participante no muestra inquietud motora ante actividades como hablar en público o con personas desconocidas, sin embargo, si tiende a mostrar cierta evitación al contacto visual, disimulándolo con movimientos rápidos o dirigidos hacia

objetos, en este sentido, busca evitar hablar ante personas desconocidas, ante un público o con adultos especialmente, puesto que presenta temor de ser criticada, evitando el contacto visual.

Sin embargo, al finalizar el proceso se observa disminución de dichos pensamientos negativos, reconociendo que no siempre la crítica es mala. Igualmente, reconoce en si misma el poder mejorar o empeorar su voz asociado a estados, emociones y pensamientos, estableciendo que no es necesario evitar la situación sino afrontarla de la mejor manera posible, aceptando su condición pero no limitándose por ella. Así mismo, logra aceptar sus debilidades y limitaciones, esforzándose por superarlas y por encontrar otras alternativas para lograr los objetivos, identificando en si misma las capacidades y habilidades que le podrían ayudar. Mantiene la seguridad en sí misma, siendo mucho más consistente, así como mejorando su autoconcepto y en este sentido su autoestima, reconociéndose como un ser único, importante y valioso. Se muestra mucho más relajada y pausada en sus movimientos, aunque con el dinamismo y expresividad que la caracteriza, estableciendo más el contacto visual con las personas con las que comparte. Disminuye las conductas de evitación, dándose la oportunidad de compartir con personas desconocidas que están ahí para juzgar o valorar su actuación, así como de realizar las actividades aunque sean desconocidas o requieran de un mayor esfuerzo.

Durante las actividades en general no presenta parálisis ni bloqueos corporales, mostrándose en general con amplia expresividad. Aunque muestra aprensión a tareas como hablar en público, con personas desconocidas entre otros, su respuesta corporal está más dada al movimiento que a la quietud. Esto se mantiene así durante todo el proceso, aunque con mayor control del movimiento.

Pese a que no muestra frustrarse tan fácilmente, sino que se arriesga a realizar las actividades sin temor marcado a equivocarse, si realiza duras críticas de sus propias actuaciones, de sus creaciones y de sus respuestas, lo cual disminuyó a lo largo del proceso mostrándose más tolerante al error.

Con relación a los Indicadores Psicosonoros de Integración Vincular, la participante asistió a 8 de las 10 improvisaciones que se tuvieron en cuenta para el análisis. En ellas se evidencia que la participante A.S., se mantiene dentro del rasgo de *Tendencia a la diferenciación e integración vincular* caracterizado por seguridad en sí misma, logrando autonomía e intercambio vincular fluido, variando entre ser figura al realizar propuestas

rítmicas, melódicas y tímbricas diferentes, y realizar propuestas sonoras abiertas siendo capaz de dar y recibir en los intercambios musicales (Gráfico 3.1).

INDICADORES PSICOSONOROS DE INTEGRACIÓN VINCULAR—PATRICIA PELLIZZARI

Participante: A. S.	1° improvisación	2° improvisación	3° improvisación	4° improvisación	5° improvisación	6° improvisación	7° improvisación	8° improvisación
Fecha	Julio 31	Agosto 01	Septiembre 11	Septiembre 12	Septiembre 19	Septiembre 25	Octubre 02	Octubre 03
Tendencia a la diferenciación e integración vincular								
Figura	X		X			X	X	
Fondo								
Contrapunto				X				
Propuestas sonoras abiertas		X			X			X
Tendencia a la dependencia								
Imitación sonora								
Monofonía								
Homofonía								
Subordinación sonora								
Fondo								
Tendencia al aislamiento								
Desconexión sonora								
Recurrencia a modalidades sonoras propias								
Elección del instrumento								
Utilización de la intensidad								
Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación								
Contrastes sonoros								
Control sobre la improvisación de otros								
Figura								
Elección del instrumento líder								
Utilización de la intensidad								

Gráfico 3.1. Indicadores Psicosonoros de integración vincular de la participante A.S.

En la Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, la participante refiere agrado por la mayoría de las actividades realizadas, especialmente por la composición de canciones, trovas y música, así como la musicoterapia receptiva y la improvisación referencial con flautas. Igualmente expresó su predilección por los instrumentos como la tambora, el alegre, el Guasá y el metalófono, considerando que le permitían expresarse más fácilmente. Considera también que el trabajo grupal facilita la expresión, es más enriquecedor y favorece las emociones como la alegría, y que recomendaría la musicoterapia a otras personas con la misma condición puesto que les permite expresarse y fortalecerse.

4.2.2 Participante M. R.

Mujer de 39 años de edad (40 al finalizar el proceso), con Diagnostico de Disfonía Espasmódica no especificada de 3 años, y presencia de la condición desde hace 10 años. Trabaja como agente de Call Center y actualmente no cuenta con tratamiento médico ni terapéutico.

Con relación al proceso, durante la fase de valoración y parte de la intervención muestra labilidad emocional, rasgos de ansiedad, preocupación e introversión con relación a su voz. Expresa musical y verbalmente pensamientos y sentimientos negativos frente a cómo percibe su voz. A nivel musical se observó dificultad para realizar seguimiento rítmico, sin lograr conectar con sus compañeras, realizando propuestas corporales psico-sonoras diferenciadas. Su improvisación individual es concreta con poca estructura, y su improvisación grupal inicialmente es aislada seleccionando instrumentos opuesto a los de sus compañeras, ejecutándolos con sonidos largos, constantes y de baja intensidad. A través del análisis perceptivo, se evidencia aumento de los movimientos anormales del cuello cuando se encuentra tensionada, haciendo que su voz fluya menos y se entrecorte mucho más, lo cual mejora cuando se presentan experiencias de relajación mental y corporal.

Durante la sesión 3 logra expresar gráfica y musicalmente estados, sentimientos y pensamientos, a través de melodías claras en el piano, con un ritmo establecido, realizando obstinatos compuestos por dos notas que se intercalan entre sí, siendo generalmente terceras tocadas en estacatos. Mantiene una intensidad moderada del sonido, logrando conectar con la musicoterapeuta, pero terminando de forma abrupta su improvisación.

A lo largo del proceso va alcanzando una mayor expresividad corporal, gestual, vocal e instrumental, proponiendo ritmos y melodías diferenciadas, logrando conectar de mejor forma con las emociones y propuestas de sus compañeras. Ocasionalmente se muestra imponente en sus participaciones tratando de ser líder, pero poco a poco encuentra la manera de relacionarse y establecer empatía para seguir y ser seguida musicalmente. De igual forma aumenta la presencia de pensamientos y sentimientos positivos que inducen una mejor actitud y respuesta corporal y vocal, mejorando su autoconcepto y la percepción del impacto de la disfonía espasmódica sobre su vida diaria.

En relación con los factores de ansiedad trabajados a lo largo del proceso, se evidenció inicialmente preocupación frente a lo que las demás personas podían decir en relación a su voz, a sus movimientos anormales y al concepto que pudiesen tener de ella, considerando que la DE puede impedirle la realización de proyectos y metas.

De igual manera, presentaba labilidad emocional antes de sus participaciones verbales, aprensión a hablar con personas desconocidas, principalmente acerca de sus

pensamientos y sentimientos, así como pensamientos de incompetencia y subvaloración personal, considerando que debido a su condición vocal y corporal, no puede desarrollar actividades que implique la interacción social directa.

Durante el proceso, obtiene su título como Administradora de empresas, pero en varias sesiones indicó no considerarse apta para ejercer su profesión, manifestando en sus expresiones musicales, corporales y pictográficas un concepto propio de sí misma inadecuado, mostrándose como una persona poco capaz de realizar algunas tareas propuestas, solicitando aprobación para comenzar, finalizar, variar, etc. igualmente considera ser una persona poco o menos valiosa, tendiendo a aislarse por su condición. Corporalmente muestra algunos movimientos rápidos antes o durante la realización de una tarea específica como tocar instrumentos para representar emociones o pensamientos, y al cantar, observándose temblores en sus manos ocasionalmente.

Como forma de defensa, resta importancia a interactuar con otros, buscando aislarse o realizar tareas que no requieran ciertas habilidades comunicativas. Cuando no logra realizar una actividad o resolver una situación planteada incluso de manera ficticia, suele mostrar frustración, respondiendo a través de propuestas agresivas, o indicando no poder realizarlo, disminuyendo su participación.

Sin embargo, al finalizar el proceso, considera que no siempre las personas pueden tener conceptos negativos sobre ella, y que no siempre las críticas son malas sino que permiten el crecimiento. Igualmente, reconoce que el progreso de la DE depende en gran medida de los factores internos relacionados con emociones y pensamientos, así como de estados y actitudes propias. Identifica sus capacidades, habilidades y fortalezas, teniendo en cuenta, sin embargo, sus limitaciones y debilidades, considerando finalmente que su condición no define lo que es y lo que puede o no hacer. En relación con el canto ante personas desconocidas o frente a personas que valoran su actuación, muestra leve ansiedad, pero logra afrontar de mejor forma la situación, mostrándose más dispuesta asumiendo el riesgo de equivocarse o hacerlo bien. Muestra más apertura a participar, con pensamientos más positivos en relación con su propio concepto, mostrando mejor estima de sí misma, y reconociendo las fortalezas presentes. Reconoce la importancia de las interacciones sociales y comunicativas desde la no verbalización, afrontándolas de mejor forma y arriesgándose a realizarlas. Al finalizar el

proceso se disminuyen los movimientos involuntarios en tareas específicas, mostrando mayor relajación corporal y vocal, lo que le permite expresarse con mayor fluidez.

Con respecto a los Indicadores Psicosonoros de Integración Vincular, se evidencia una asistencia a 8 de las 10 improvisaciones que se tuvieron en cuenta para el análisis, en las cuales se evidencia que la participante M. R., pasa de un rasgo de *Tendencia al aislamiento* recurriendo a sonoridades propias en donde realiza sonidos desconectados del grupo manteniéndose en una zona de confort, a un rasgo de *Tendencia la diferenciación e integración vincular* en donde por lo general propuestas sonoras abiertas siendo capaz de dar y recibir en los intercambios musicales. Ocasionalmente se evidenció algunas fallas iniciales para conectar con las demás participantes, tratando de imponer sus propuestas a través de la intensidad o el contraste sonoro. Sin embargo, poco a poco fue encontrando la manera de proponer y a la vez acompañar o seguir musicalmente, generando mayor empatía con el grupo (Gráfico 3.2.).

INDICADORES PSICOSONOROS DE INTEGRACIÓN VINCULAR—PATRICIA PELLIZZARI

Participante: M. R.	1° improvisación	2° improvisación	3° improvisación	4° improvisación	5° improvisación	6° improvisación	7° improvisación	8° improvisación
Fecha	Julio 31	Agosto 01	Agosto 28	Septiembre 12	Septiembre 18	Septiembre 19	Octubre 02	Octubre 03
Tendencia a la diferenciación e integración vincular								
Figura				X				
Fondo							X	
Contrapunto								
Propuestas sonoras abiertas			X		X	X		X
Tendencia a la dependencia								
Imitación sonora								
Monofonía								
Homofonía								
Subordinación sonora								
Fondo								
Tendencia al aislamiento								
Desconexión sonora								
Recurrencia a modalidades sonoras propias	X	X						
Elección del instrumento								
Utilización de la intensidad								
Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación								
Contrastes sonoros								
Control sobre la improvisación de otros								
Figura								
Elección del instrumento líder								
Utilización de la intensidad								

Gráfico 3.2. Indicadores Psicosonoros de integración vincular de la participante M. R.

En la Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, la participante refiere agrado especialmente por las actividades como cantar, componer y el baño sonoro. Igualmente expresó su predilección por los instrumentos como el tambor de olas, el palo de lluvia, la cortina, el piano, la guitarra y el bongó. Considera, que la musicoterapia le

ayudó a mejorar la seguridad en sí misma, la autoestima, a afrontar las críticas y a mejorar su voz. Considera también que es mejor la ejecución de un trabajo grupal porque permite conocer personas con la misma condición, y que recomendaría la musicoterapia a otras personas con la misma condición por ser desestresante y sanación para el alma y el espíritu.

4.2.3 Participante J. C.

Mujer de 68 años de edad, con diagnóstico de Disfonía Espasmódica abductora desde hace 4 años, y presencia de la condición desde hace 5 años. Es ama de casa y estuvo simultáneamente en terapia fonoaudiológica hasta dos semanas antes de finalizar proceso musicoterapéutico.

Con relación al proceso, durante la fase de valoración y parte de la intervención muestra dificultad en el seguimiento rítmico, sin lograr establecer un pulso fijo y algunas restricciones en el movimiento corporal asociados a su edad. Su improvisación es concreta asumiendo un rol de acompañante, sin lograr realizar propuestas musicales claras. Mantiene una intensidad vocal e instrumental más baja que la de sus compañeras, logrando aumentarla en actividades libres como la conversación espontánea. Muestra amplia necesidad de expresarse verbalmente, manifestando siempre pensamientos positivos que no se corresponden exactamente con lo expresado musicalmente. Propone algunos sonidos corporales y orales, aunque generalmente tiende a imitar los que escucha de sus compañeras o de la terapeuta. Presenta dificultad notable en la entonación vocal, puesto que su voz se escucha entrecortada, sin lograr mantener el tono con una espiración prolongada.

En sus improvisaciones, evidencia timidez e inseguridad, realizando producciones cortas, concretas, y más que improvisaciones, analogías entre el sonido y la vivencia, describiendo las producciones musicales en relación con experiencias, pensamientos o emociones. Si la exploración del sonido es libre logra mejor desempeño. Ocasionalmente realiza propuestas rítmicas claras, aunque en general busca permanecer en un mismo ritmo bajo su zona de confort. Durante el canto conjunto mantiene intensidad vocal baja, escondiéndose tras las voces de sus compañeras y los sonidos de los instrumentos.

Durante la sesión 3 evidencia aprensión a tocar el piano, indicando desde antes no saber ni poder hacerlo, requiriendo apoyo a través del refuerzo verbal para ello. Inicia con

inseguridad la actividad, negando con la cabeza como invalidando sus habilidades y la exploración que va realizando. Sin embargo, se arriesga iniciando con sonidos de baja intensidad, con notas prolongadas ocasionalmente tocando a ambas manos, pero primando los estacatos. Mantiene la misma intensidad durante su improvisación, sin superarla ni disminuirla. Al finalizar culmina de forma un tanto abrupta, desconectándose de lo que estaba expresando. Durante la retroalimentación verbal refiere que ocasionalmente se aísla de las personas, porque no le gusta repetir lo que dice.

A lo largo del proceso va logrando mayor participación en las actividades planteadas, aunque muestra pocas propuestas claras al grupo, manteniendo cierta introversión durante la composición grupal. A nivel corporal, explora un poco más los movimientos y posibilidades de expresarse a través de su cuerpo y de los gestos. A nivel musical fortalece la memoria auditivo-verbal, logrando seguir el ritmo y la melodía de las canciones propuestas, aumenta la intensidad de los sonidos con los instrumentos, manteniendo en la voz la intensidad baja por lo que tiene menos presencia en las actividades de canto grupal. Durante la improvisación en piano, se evidencia mayor apertura a la experiencia, iniciando con exploración de sonidos, realizando contrapunteo mano derecha-mano izquierda, con una intensidad baja, y sonidos tendientes a los estacatos. Cuando se realiza técnica de bajo pedal, logra encontrar propuestas melódicas un poco más claras, pero toma tiempo el que logre desarrollar su idea. Realiza y mantiene obstinatos rítmico-melódicos, pese a algunas propuestas de variaciones realizadas por la musicoterapeuta, pero posteriormente logra crear más dinámicas melódicas, aunque se mantenga el mismo bajo pedal. Su intensidad aumenta levemente a lo largo de la improvisación, logrando también aumentar un poco la velocidad rítmica, lo que conduce a una improvisación un poco más alegre y dinámica.

Asocia emociones y sentimientos a la música tanto expresiva como receptivamente, con mayor apertura ante las actividades musicales de canto, de improvisación y de expresión corporal, disfrutando de las mismas. Disminuye la evitación a las actividades que le generan ansiedad, realizando propuestas musicales más extensas. Se muestra mucho más creativa ante la resolución de situaciones planteadas, muestra aumento de los pensamientos positivos relacionados consigo misma, esforzándose por mantenerlos a lo largo del tiempo y presenta mayor atención a las expresiones de las demás. Logra realizar propuestas de movimiento y rítmico-melódicas más claras, con mayor

extroversión animando a sus compañeras a seguirla, y liderando actividades como el baile.

En relación con los factores de ansiedad trabajados a lo largo del proceso, se evidenció presencia de pensamientos negativos frente a su voz y a cómo las demás personas la perciben, evidenciándose afectación notable ante las críticas. Le preocupa inicialmente que su voz no mejore, o que incluso empeore con el paso del tiempo. Durante gran parte del proceso, expresa pensamientos de incompetencia y subvaloración personal, indicando que no sabe o no puede hacer una u otra actividad. Se muestra insegura de sus propuestas, de sus habilidades y de sus capacidades, realizando por ejemplo producciones musicales y vocales de baja intensidad, tratando de esconderse en los sonidos y voces de sus compañeras. Generalmente tiende a evitar o evadir las situaciones que le generan ansiedad y a actividades como cantar, hablar, dibujar o expresarse a través de los instrumentos, siendo muy concreta en sus intervenciones y tratando de ocultarse mediante la disminución de la intensidad vocal, o delegando las responsabilidades a sus compañeras. Ocasionalmente muestra una respuesta concreta y rápida como queriendo cumplir con la tarea propuesta pero sin realmente esforzarse en hacerla bien.

Pese a esto, al finalizar el proceso, logra reconocer que no solo es importante afrontar las críticas, sino que éstas ayudan en muchas ocasiones a mejorar, y que la mayor crítica de su voz es ella misma. Reconoce que el progreso de su condición, positivo o negativo, depende tan solo de ella misma, de que tanta atención le preste al problema, de que tan tensionada o relajada este, y de su propio autoconcepto. Poco a poco logra disminuir la aprensión a realizar las actividades, aumentando levemente su participación, y disminuyendo el miedo a equivocarse o fallar. Igualmente logra reconocer parcialmente sus habilidades y posibilidades sin enfocarse únicamente en sus limitaciones o debilidades, permitiéndose arriesgarse un poco más al realizar tareas como cantar, hablar, tocar instrumentos o dibujar. Mejora su propio autoconcepto, mostrando mayor seguridad al realizar propuestas corporales y musicales claras. Asume y afronta de mejor forma las situaciones angustiantes, resolviendo creativamente los conflictos. Muestra leve mejoría en actividades como hablar, cantar o conversar con personas desconocidas disminuyendo los bloqueos corporales asociados a las situaciones angustiantes en la medida en que logra desarrollar herramientas de afrontamiento. Comprende la relajación

previa a dichas actividades como una forma de afrontar mejor las situaciones y responder de manera más eficaz. Aumenta la tolerancia a la frustración y al error.

En relación con los Indicadores Psicosonoros de integración vincular la participante J. C. asistió a 7 de las 10 sesiones de improvisación grupal analizadas, en donde presentó una variación en ascenso entre el rasgo de *Tendencia a la dependencia* puntuando los indicadores de subordinación sonora, monofonía e imitación sonora, en los cuales maneja una intensidad por debajo a la del grupo pero conectado con este, utiliza un único sonido sin variación o imita lo que realiza la figura; a un rasgo de *Tendencia a la diferenciación e integración vincular* realizando propuestas sonoras abiertas o fondo (Gráfico 3.3.).

INDICADORES PSICOSONOROS DE INTEGRACIÓN VINCULAR—PATRICIA PELLIZZARI

Participante: J. C.	1° improvisación	2° improvisación	3° improvisación	4° improvisación	5° improvisación	6° improvisación	7° improvisación
Fecha	Julio 31	Agosto 01	Septiembre 11	Septiembre 12	Septiembre 18	Septiembre 19	Septiembre 25
Tendencia a la diferenciación e integración vincular							
Figura							
Fondo							X
Contrapunto							
Propuestas sonoras abiertas					X	X	
Tendencia a la dependencia							
Imitación sonora			X				
Monofonía		X					
Homofonía							
Subordinación sonora	X			X			
Fondo							
Tendencia al aislamiento							
Desconexión sonora							
Recurrencia a modalidades sonoras propias							
Elección del instrumento							
Utilización de la intensidad							
Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación							
Contrastes sonoros							
Control sobre la improvisación de otros							
Figura							
Elección del instrumento líder							
Utilización de la intensidad							

Gráfico 3.3. Indicadores Psicosonoros de integración vincular de la participante J.C.

En la Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, la participante refiere agrado especialmente por las actividades de caldeamiento, la composición de canciones y música, la relajación corporal y mental a través de la música, la improvisación instrumental y las artes mezcladas (dibujo-música). Igualmente expresó su predilección por los instrumentos como la tambora, el tambor de olas, la guacharaca, xilófono y el piano, aunque este último fue uno frente al cual presento aprensión a tocar. Considera

que su voz mejoró cuando estaba relajada, que aunque se le dificulta hablar puede compartir y no es impedimento para relacionarse con otras personas, y que la musicoterapia le ayudo a comprender que debe estar tranquila y vivir la vida con calma. Considera también que el trabajo grupal facilita el proceso más que el trabajo individual, y que recomendaría musicoterapia a otras personas con la misma condición puesto que les ayuda a perder el miedo a hablar en grupo y les da seguridad. Igualmente recomienda que el proceso sea mucho más largo.

4.2.4 Participante R. S.

Mujer de 51 años de edad, con Diagnostico de Disfonía Espasmódica aductora desde hace 14 años, y presencia de la condición desde aproximadamente los 19 años de edad. Es ama de casa y actualmente no cuenta con tratamiento médico ni terapéutico.

Con relación al proceso, durante la fase de valoración y parte de la intervención muestra buenas habilidades musicales logrando seguimiento rítmico, aunque es concreta en la improvisación musicoterapéutica. Pese a que logra explorar los instrumentos musicales de manera independiente, muestra predilección por aquellos que son comúnmente utilizados, y que poseen semillas. Presenta labilidad emocional durante sus intervenciones musicales y verbales, con grandes dificultades para expresar pensamientos positivos en relación a su condición y a su autoconcepto, mostrándose avergonzada y preocupada por cómo suena voz.

Muestra amplia expresividad corporal, logrando explorar y proponer creativamente sonidos corporales y orales, así como dinámicas musicales variadas aunque se le dificulta mantener nuevos ritmos, o líneas melódicas propuestas, requiriendo constante retroalimentación auditiva. Su voz es más audible cuando se encuentra relajada, o cuando intenta asociar la voz con el sonido de un instrumento como el tambor. Se evidencia agrado por actividades de canto en re-creación de canciones, aumentando levemente la intensidad de la voz.

Presenta aprensión a actividades de composición, tanto de canciones con letra como instrumentales invalidando sus aportes y participaciones. Así mismo, se evidencia muy baja tolerancia a la frustración, mostrando irritabilidad y llanto cuando no logra realizar una actividad o cuando considera no poder hacerlo.

Durante la sesión 3 logra dar inicio a su improvisación en piano de forma adecuada, pero esperando inmediatamente la respuesta de la musicoterapeuta. Realiza algunos obstinatos, variando constantemente logrando acercarse a una idea rítmica y melódica clara. Ocasionalmente realiza clústeres, con fuerza para recalcar una idea, logrando darle posteriormente un final adecuado a su improvisación, disminuyendo la intensidad del sonido y la velocidad del mismo, manteniéndose en una misma nota. Sin embargo, su improvisación es concreta y corta sin lograr mayor exploración y expresividad a través del instrumento. Durante la retroalimentación verbal se evidencia labilidad emocional, con rasgos de baja tolerancia a la frustración y tendencia al aislamiento social con pensamientos negativos en relación a sí misma.

A lo largo del proceso muestra amplio agrado por actividades de expresión corporal, así como por actividades receptivas. Realiza las actividades musicales de improvisación, con aumento en la variación de intensidades, timbres, tonos y ritmos, proponiendo de forma más clara. Igualmente muestra mayor apertura a actividades como cantar y componer, demostrando buenas habilidades para ello, logrando realizar rimas que le llevan a la trova o a la composición de canciones.

Muestra liderazgo y creatividad para resolver situaciones planteadas. Se muestra emotiva al cantar canciones seleccionadas de su repertorio musical, logrando expresar a través de su cuerpo y de su voz la emoción que la canción le refleja, pese a que se muestra nerviosa y ansiosa por la realización de actividades re-creativas.

Se observa mejor desempeño en tareas de composición grupal, que en tareas de composición individual frente a las cuales se frustra con facilidad. Mantiene en gran parte del proceso una visión negativa de sí misma, sin considerar claramente sus fortalezas y habilidades sino más bien sus dificultades, requiriendo constantemente aprobación por parte de sus compañeras y refuerzos positivos.

Hacia el final del proceso, se observa mayor expresividad desde lo musical, manteniendo la expresividad corporal que la caracteriza. Propone ritmos y melodías constantes, acordes a la música propuesta, manteniéndose atenta de las propuestas de sus compañeras, imitando ocasionalmente como forma de empatía. Igualmente asume pensamientos más positivos con relación a su condición, aunque continúa requiriendo constante refuerzo y retroalimentación verbal para ello. Se muestra sincera frente a sus vivencias, expresándolo a través de sus escritos, logrando a su vez imprimirle la

emocionalidad adecuada a lo que desea declamar. A pesar de sus dificultades o frustraciones en algunas de las actividades propuestas en sesiones anteriores, refiere agrado por la musicoterapia, logrando establecer positivamente los factores frente a los cuales ha sido de ayuda.

Muestra aumento de los pensamientos positivos, expresándolos tanto a través de la música, como de los gestos, la corporalidad y los gráficos que representan su autoconcepto, reconociendo debilidades, pero también fortalezas y posibilidades. Se muestra motivada frente al canto, buscando apoyo en el grupo. Se evidencia mayor seguridad en sí misma, logrando mejor manejo de la ansiedad frente a situaciones como cantar en público o hablar con personas desconocidas. Logra mayor participación vocal en la re-creación de canciones y en la retroalimentación verbal, disminuyendo los espasmos laríngeos, mejorando la coordinación fonorespiratoria, y aumentando la intensidad vocal.

En relación con los factores de ansiedad trabajados a lo largo del proceso, se evidenció durante gran parte del proceso, preocupación por las críticas que las demás personas pudiesen hacerle, indicando que siempre ha sido juzgada y burlada por su condición. Le preocupa bastante inicialmente que su voz no mejore, o que incluso empeore con el paso del tiempo. Presenta aprensión a actividades de composición, tanto de canciones con letra como instrumentales invalidando sus aportes y participaciones, así como a experiencias de canto conjunto, canto individual y expresión verbal.

Presenta labilidad emocional durante sus intervenciones musicales y verbales, con grandes dificultades para expresar pensamientos positivos en relación a su condición y a su autoconcepto, mostrándose avergonzada y preocupada por cómo suena voz. Muestra tendencia al aislamiento social con pensamientos negativos en relación a sí misma, inseguridad en sus improvisaciones sin saber cuándo comenzar, cuando parar, o cuando variar. Evita actividades frente a las cuales muestra aprensión, como componer, hablar en público o cantar, mostrando muy baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y llanto cuando no logra realizar una actividad o cuando considera no poder hacerlo.

Sin embargo, al finalizar el proceso, disminuyen la presencia de pensamientos negativos frente a lo que las personas pudiesen decir sobre ella y sobre su voz, dando espacio para escuchar y analizar mejor las críticas. Reconoce y confirma que el progreso de su

condición, positiva o negativamente está asociado a su propio autoconcepto, el reconocimiento de sus posibilidades, la atención que le preste y la relajación o tensión que le ejerza. Disminuye el temor frente a experiencias angustiantes logrando aumento en la participación tanto en tareas verbales, como musicales. Muestra aumento de los pensamientos positivos, expresándolos tanto a través de la música, como de los gestos, la corporalidad y los gráficos que representan su autoconcepto, reconociendo debilidades, pero también fortalezas y posibilidades. Hay mayor seguridad en sí misma, logrando mejor manejo de la ansiedad frente a situaciones como cantar en público o hablar con personas desconocidas.

A medida que se desarrolla el proceso, los movimientos constantes por el espacio se disminuyen gradualmente. Asumen las situaciones angustiantes con mejores herramientas de afrontamiento, logrando superar las dificultades presentadas, asumiendo el error como parte del aprendizaje. Generalmente al inicio del proceso, referencia aumento de la temperatura corporal durante actividades como cantar o improvisar vocalmente. Sin embargo, mejoran éstas respuestas corporales en tanto desarrolla habilidades de afrontamiento.

R. S. participó en 9 de las 10 sesiones de improvisación grupal analizadas a partir de los indicadores psicosonoros de integración vincular, en los cuales se observó dentro del rasgo de *Tendencia a la diferenciación e integración vincular* caracterizado por seguridad en sí misma, logrando autonomía e intercambio vincular fluido, variando entre fondo, figura y propuestas sonoras abiertas, siendo capaz de escuchar y acompañar a sus compañeras o realizar propuestas rítmicas, melódicas y tímbricas claras (Gráfico 3.4).

En la Evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, la participante refiere agrado por toda las actividades musicoterapéuticas propuestas, pero especialmente por las de improvisación libre, baile y relajación. Igualmente expresó su predilección por los instrumentos como la guacharaca y el güiro porque con estos se sentía según ella, más cómoda a la hora de tocar, logrando hacer más ritmos. Reconoce que su voz mejora cuando está relajada y se bloquea más cuando está tensa o estresada, y que aunque se juzga y exige vocalmente, su voz no salía tan mal sino de buena calidad dentro de sus posibilidades. Igualmente considera que la musicoterapia le ayudó a desarrollar habilidades de afrontamiento, logrando sacar la voz más tranquila.

INDICADORES PSICOSONOROS DE INTEGRACIÓN VINCULAR—PATRICIA PELLIZZARI

Participante: R. S.	1° improvisación	2° improvisación	3° improvisación	4° improvisación	5° improvisación	6° improvisación	7° improvisación	8° improvisación	9° improvisación
Fecha	Julio 31	Agosto 01	Agosto 28	Septiembre 11	Septiembre 18	Septiembre 19	Septiembre 25	Octubre 02	Octubre 03
Tendencia a la diferenciación e integración vincular									
Figura			X	X			X		
Fondo	X	X						X	
Contrapunto									
Propuestas sonoras abiertas					X	X			X
Tendencia a la dependencia									
Imitación sonora									
Monofonía									
Homofonía									
Subordinación sonora									
Fondo									
Tendencia al aislamiento									
Desconexión sonora									
Recurrencia a modalidades sonoras propias									
Elección del instrumento									
Utilización de la intensidad									
Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación									
Contrastes sonoros									
Control sobre la improvisación de otros									
Figura									
Elección del instrumento líder									
Utilización de la intensidad									

Gráfico 3.4. Indicadores Psicosonoros de integración vincular de la participante R. S.

En relación al trabajo grupal, afirma que facilita el proceso más que el trabajo individual, puesto que se aprende de los aportes valiosos de los demás, por lo que recomendaría a otras personas con la misma condición, en tanto que es la oportunidad para darse un tiempo para sí mismo, relajarse cantando, bailando, creando ritmos, escribiendo anécdotas y diciéndolas de una manera diferente a la voz hablada. Como recomendaciones, sugiere que el musicoterapeuta mantenga la empatía en todo momento y no lo haga por cumplir o por obtener un ingreso económico simplemente.

4.3 Resultados asociados a las pruebas cuantitativas

4.3.1 TMF-TME e índice S/Z

Se realizó el registro de datos relacionados con el Tiempo Máximo de Fonación y Tiempo Máximo de Espiración, con los cuales se sacó el índice s/z, tanto en la fase de valoración inicial como en la fase de cierre, a fin de observar los cambios post tratamiento con relación a la dinámica respiratoria. Los datos obtenidos se condensan en la Tabla 1.5., por cada una de las participantes.

La participante A. S., muestra en un primer momento un índice s/z de 0,7 en donde el TMF (z) es mayor al TME (s) lo que indica una hiperaducción de cuerdas vocales,

concordante con su diagnóstico médico; y un índice s/z post tratamiento de 0,8 con iguales características que el primero. El TMF (a) aumenta pasando de 7,63 pre tratamiento a 11, 08 post tratamiento.

En el caso de la participante M. R., se observa un índice s/z tanto pre como post tratamiento de 1.0, y los resultados para el TMF (z) y TME (s) son iguales o muy cercanos en ambos momentos, lo que indica que presenta una dinámica fonatoria normal, logrando utilizar el aire en forma eficiente para el habla. El TMF (a) aumenta levemente pasando de 13,7 pre tratamiento a 14,34 post tratamiento.

Para la participante J. C., pese a que se obtiene un índice s/z inicial de 1.2 que estaría dentro de lo normal, tanto el TME (s) y el TMF (z) son bajos, siendo indicativo de posible compromiso del soporte respiratorio. El índice s/z final es de 0,8 donde el TMF (z) es levemente mayor que el TME (s) indicando una posible hiperaducción de cuerdas vocales, lo cual no es concordante con su diagnóstico médico para disfonía espasmódica abductora. El TMF (a) aumenta pasando de 8,84 pre tratamiento a 13,97 post tratamiento.

Finalmente en la participante R. S., se encuentra un índice s/z inicial de 0,7 en donde el TMF (z) es mayor que el TME (s), indicando una hiperaducción de las cuerdas vocales, concordante con su diagnóstico médico de disfonía espasmódica aductora. Sin embargo, el índice s/z final es de 1.0 con valores de TMF (z) y TME (s) iguales y adecuados, lo que indica que existe una dinámica fonatoria normal, logrando ser capaz de utilizar el aire en forma eficiente. El TMF (a) se mantiene siendo 15,81 pre tratamiento y 15,73 post tratamiento.

Tabla 1.5. TMF, TME e Índice S/Z por participante pre y post tratamiento.

	TMF (A)		TMF (Z)		TME (S)		ÍNDICE S/Z	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
A.S.	7,63	11,08	15,33	12,88	11,06	10,91	0,7	0,8
M. R.	13,7	14,34	17,32	11,46	17,3	11,74	1,0	1,0
J. C.	8,84	13,97	8,37	11,75	9,85	9,92	1,2	0,8
R. S.	15,81	15,73	21,35	20,47	14,55	20,63	0,7	1,0

4.3.2 Índice de incapacidad vocal VHI-30

El VHI-30 fue diligenciado por cada una de las participantes en dos momentos del proceso: pre y post-tratamiento. La puntuación máxima para cada una de las partes es de 40 puntos, clasificándose como incapacidad leve menos de 20 puntos, incapacidad moderada de 21-30 puntos e incapacidad severa más de 30 puntos. Sumando las tres partes, la puntuación máxima obtenible total de la prueba es de 120 puntos; clasificando como incapacidad vocal leve menos de 30 puntos, moderada de 31-60 puntos, severa de 61-90 puntos y profunda de 91-120 puntos (González, 2006).

A partir de estas consideraciones, se evidencia que:

Pre-tratamiento la participante A. S., obtiene en el VHI-30 una puntuación total de 84 puntos, lo que indica que percibía su incapacidad vocal como Severa. Detallando, se observa una puntuación de 21 puntos en la parte funcional, lo que la tipifica como incapacidad moderada; 32 puntos en la parte física, lo que tipifica como severa; y 31 puntos en la parte emocional, lo que tipifica como severa. Sin embargo, en los datos post-tratamiento se evidencia disminución de la percepción de incapacidad vocal, obteniendo una puntuación total de 55 puntos, (29 puntos menos que antes de la intervención), pasando de una incapacidad vocal severa a una moderada. En la parte funcional obtiene 16 puntos (5 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad moderada a leve; en la parte física obtiene 21 puntos (11 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de una incapacidad severa a moderada; y en la parte emocional obtiene 18 puntos (13 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad severa a leve; siendo la parte física la que puntúa más alto, y la parte funcional la que puntúa más bajo en ambos momentos.

En el caso de la participante M. R., se observa pre-tratamiento un puntaje total de 99 puntos, lo que indica que percibía su incapacidad vocal como profunda. Se evidencia pre tratamiento una puntuación de 33 puntos en la parte funcional, lo que la tipifica como incapacidad Severa; 36 puntos en la parte física, lo que tipifica como Severa; 30 puntos en la parte emocional, lo que tipifica como moderada. Sin embargo, en los datos post-tratamiento se evidencia disminución de la percepción de incapacidad vocal, obteniendo una puntuación total de 63 puntos, (36 puntos menos que antes de la intervención), pasando de una incapacidad vocal profunda a una severa. En la parte funcional obtiene 22 puntos (11 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad severa a

moderada; en la parte física obtiene 25 puntos (11 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de una incapacidad severa a moderada; y en la parte emocional obtiene 16 puntos (14 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad moderada a leve; siendo la parte física la que puntúa más alto y la parte emocional la que puntúa más bajo en ambos momentos.

J. C., por su parte, obtiene una puntuación total pre tratamiento de 108 puntos, lo que indica que percibía su incapacidad vocal como Profunda. Igualmente obtuvo 40 puntos en la parte funcional, lo que tipifica como incapacidad severa; 38 puntos en la parte física, lo que tipifica como severa; y 30 puntos en la parte emocional, lo que tipifica como moderada. En los datos post-tratamiento se evidencia una puntuación total de 96 puntos, (12 puntos menos que antes de la intervención), manteniéndose en una incapacidad vocal profunda. Pese a ello, se observan algunas variaciones en las puntuaciones obteniendo en la parte funcional 32 puntos (8 puntos menos que al inicio del proceso), manteniéndose en incapacidad severa; en la parte física obtiene 35 puntos (3 puntos menos que al inicio del proceso), manteniéndose en incapacidad severa; y en la parte emocional obtiene 29 puntos (1 punto menos que al inicio del proceso), manteniéndose en incapacidad moderada; siendo la parte funcional la que mayor puntuación tiene pre-tratamiento, pero modificándose post- tratamiento, pasando a ser la segunda más alta. La parte emocional se mantiene con la menor puntuación en ambos momentos.

En el caso de la participante R. S. se obtiene una puntuación total pre tratamiento de 114 puntos, lo que indica que percibía su incapacidad vocal como profunda. En la parte funcional pre tratamiento obtiene una puntuación de 39 puntos, lo que la tipifica como incapacidad severa; de 35 puntos en la parte física, lo que tipifica como severa; y de 40 puntos en la parte emocional, lo que tipifica como severa. Posterior al tratamiento, obtiene una puntuación total de 76 puntos, (38 puntos menos que antes de la intervención), pasando de una incapacidad vocal profunda a una severa. En la parte funcional obtiene 30 puntos (9 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad severa a moderada; en la parte física obtiene 25 puntos (10 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de una incapacidad severa a moderada; y en la parte emocional obtiene 21 puntos (19 puntos menos que al inicio del proceso), pasando de incapacidad severa a moderada, lo que indica una disminución de la percepción de incapacidad vocal; siendo la parte emocional la que puntuó más alto y la parte física la

que puntuó más bajo pre tratamiento, mientras que post tratamiento la parte funcional puntuó más alto y la parte emocional más bajo.

Tabla 1.5. Índice de Incapacidad Vocal VHI-30

	Parte I-F (funcional)		Parte II-P (física)		Parte III-E (emocional)		TOTAL		GRADO DE INCAPACIDAD	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
A.S.	21	16	32	21	31	18	84	55	Severa	Moderada
M. R.	33	22	36	25	30	16	99	63	Profunda	Severa
J.C.	40	32	38	35	30	29	108	96	Profunda	Profunda
R. S.	39	30	35	25	40	21	114	76	Profunda	Severa

Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
POST – PRE	Rangos negativos	4[a]	2,50	10,00
	Rangos positivos	0[b]	,00	,00
	Empates	0[c]		
	Total	4		

a. POST < PRE
b. POST > PRE
c. POST = PRE

Estadísticos de prueba[a]	
	POST - PRE
Z	-1,826[b]
Sig. asintótica (bilateral)	,068

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo
b. Se basa en rangos positivos.

4.4 Descripción musical global

Con relación a las producciones musicales, se evidencia inicialmente que las participantes, muestran interés por los instrumentos que no conocen cuando se les permite la exploración libre de éstos, escuchando el sonido que producen de forma convencional y ocasionalmente no convencional, solicitando en algunos casos la aclaración o aprobación por parte de la musicoterapeuta de la forma exacta como deben ser ejecutados.

Durante las primeras improvisaciones individuales, muestran concretismo en su ejecución con inicios y finales abruptos, manejando intensidades altas o bajas, realizando generalmente analogías simultáneas entre el sonido y situaciones, vivencias, o experiencias, según las consignas dadas. No logran proponer ritmos o melodías claras, sino múltiples variaciones que hacen que sus producciones no sean totalmente comprensibles. Logran asociar un sonido-instrumento con una experiencia, emoción o sensación concreta, lo que les facilita la expresión musical y la organización de las ideas, manteniendo la preferencia por algunos instrumentos durante las primeras sesiones.

A nivel grupal se observan producciones individuales, aisladas y poco conectadas entre sí, manejando intensidades bajas por algunas de las participantes y altas en otras. No logran inicialmente llevar un pulso en común, debido a que no se escuchan entre ellas, sino que tratan de expresarse cada una según la consigna.

A medida que pasa el tiempo y se desarrolla el proceso, las participantes van logrando mayor exploración y expresión de su musicalidad, conectándose grupalmente, realizando improvisaciones mucho más elaboradas, dándoles un inicio y un final más claro. Igualmente logran proponer ritmos o melodías que mantienen por más tiempo, aunque realizan cambios en las dinámicas de intensidad y velocidad. Están más atentas a las producciones de las demás participantes, para acompañar, imitar, seguir o variar presentando nuevas propuestas que se ajustan a la idea inicial, generando mayor empatía, confianza y complicidad a la hora de tocar. Pese a que una de las participantes trata de mantenerse por debajo de la intensidad o propuesta grupal, evitando ser notada musicalmente, pero participando de forma conectada, el grupo mismo va motivándola a proponer, escuchándola, imitándola acompañándola, lo que le permite crear mayor seguridad y salir de su zona de confort. Igualmente pese a que otra de las participantes trata de asilarse o contraponerse a las propuestas del grupo a través de ritmos,

intensidades o dinámicas opuestas, así como imponer sus melodías o ritmos mediante intensidades altas, el grupo la dirige hacia improvisaciones más conectadas, tanto musical como emocionalmente, desarrollando así habilidades para adaptarse, acomodarse y compartir.

En las improvisaciones individuales, también logran realizar propuestas rítmico-melódicas más claras con mayor variación en las dinámicas musicales, logrando expresar sus ideas con mayor precisión. A nivel vocal se muestran mucho más cohibidas, pero logran sin embargo, explorar un mayor número de sonidos con algo más de seguridad.

Con relación al método receptivo, se evidencia en las participantes un buen nivel de disposición, logrando relajaciones corporales y mentales, procesos de imaginación guiados con la música, meditaciones y reflexiones frente a consignas dadas, y exploración de sentimientos, emociones, pensamientos o ideas a partir de los sonidos. Generalmente se mantuvieron conectadas con la música y las consignas dadas, aunque en dos oportunidades dos participantes diferentes llegaron a una relajación profunda que ocasiono que se durmieran, y por lo cual se desconectaron de esa parte de la sesión, esto asociado al cansancio físico y mental resultante de sus labores cotidianas.

Con respecto al método re-creativo, se observó buena disposición a la experiencia, aumentando hacia el final del proceso, con algunas fallas para el seguimiento rítmico y melódico de las canciones propuestas o seleccionadas por las participantes inicialmente, pero logrando notable mejoría durante el proceso.

Aunque inicialmente lo realizaban con agrado, al finalizar mostraron disfrutar de este tipo de actividades, prefiriendo sin embargo, realizarlo de manera grupal, puesto que así se sentían mucho más seguras y respaldadas. Seleccionaron música dentro de su repertorio musical asociado a sentimientos, emociones o mensajes, planteado a través de la inducción evocativa consciente e inducción evocativa inconsciente propuestos por el APM, realizando canto conjunto, canto individual, y re-creación instrumental, propuesta a través del baile. Durante la re-creación de canciones algunas de las participantes mostraron inicialmente una intensidad vocal baja, que fue aumentando a medida que iban ganando seguridad, habilidades de seguimiento rítmico-melódico y reconocimiento de las habilidades y capacidades propias. Igualmente se evidenció mayor motivación al cantar sus canciones personales, principalmente la composición grupal realizada por

parodia, presentada en la fase de cierre, en donde se observó mayor seguridad, independencia y aumento de la intensidad vocal con mayor fluidez y audibilidad.

Finalmente con relación al método de composición se evidenció inicialmente dificultades, logrando realizar escritos a los cuales no lograban asignarle una música, o concordar la melodía de una frase con otra. Se trabajaron composiciones grupales por parodia de canción (Anexo K.), complemento de frases para estructuración de retahílas a partir de un ritmo, y composiciones individuales a través de trovas, parodia de canción, escritura de textos con asignación de música para composición de canción personal, así como composición instrumental con flautas y notación creativa.

Grupalmente, las participantes lograban mejor desempeño en la composición de canciones, participando colaborativamente y atendiendo a las propuestas frente a las que llegaba a acuerdos adecuadamente. Sin embargo, una de las participantes no realizaba propuestas frente a la actividad, manteniéndose atenta y participando a través de la escucha, re-creando sin embargo la canción posteriormente. A nivel individual, presentan mayores dificultades, llegando a frustrarse y mostrarse irritables por considerar que no lo pueden llevar a cabo, pese a que grupalmente muestran buenas habilidades para ello. En dos ocasiones R. C. muestra mayor frustración, tensionándose corporal y vocalmente, evadiendo la actividad al inicio y posteriormente negándose a terminar la experiencia. Esto ocurrió tanto en la composición de la canción personal, como en la composición instrumental con flauta. Igualmente J. C., al ver la respuesta de su compañera durante la composición instrumental, considera que tampoco está apta para desarrollar la actividad, realizando un primer intento y posteriormente negándose a terminarlo.

Sin embargo al finalizar el proceso, las participantes se muestran conscientes de que si podían participar de las de composición tanto grupal como individualmente, y que su impedimento era consecuencia de la inseguridad y baja estima en sí mismas, observando los resultados de sus composiciones durante la re-creación de la canción personal y grupal en la fase de cierre, mostrándose lábiles emocionalmente como respuesta de satisfacción frente a los logros alcanzados.

5. Análisis y discusión

La musicoterapia dentro del campo clínico ha sido ampliamente utilizada en diferentes condiciones médicas y distintos marcos clínicos, frente a los cuales ha realizado aportes que favorecen la salud física, mental, emocional y social.

El presente estudio muestra los diferentes aspectos relacionados con la ansiedad resultante de la disfonía espasmódica que se pueden favorecer a través de la musicoterapia, así como las modificaciones sobre el impacto de ésta condición en cada una de las participantes.

A partir de los puntajes obtenidos en el índice de incapacidad vocal VHI-30, se evidencia que la participante A.S., en el área funcional inicialmente presenta una incapacidad moderada que correlacionado con el índice s/z el cual indica una hiperaducción de cuerdas vocales, muestra que aunque existe una dificultad vocal evidente, ésta no le impide desempeñarse totalmente en las labores cotidianas y profesionales, pero si limita su interacción social. Ésta percepción cambia post tratamiento puesto que aunque se mantiene la dificultad vocal, la incapacidad es considerada como leve por la participante, logrando mejores y mayores interacciones sociales. Pese a ello, la parte funcional es la que menor puntaje obtiene tanto pre tratamiento como post tratamiento.

En relación con la parte emocional del VHI-30, se evidencia en la participante una reducción de la puntuación post tratamiento, pasando de considerar una incapacidad severa a una leve. Analizando las observaciones realizadas durante el tratamiento, ésta percepción puede estar asociada a la disminución de pensamientos negativos en relación con su autoconcepto y el concepto de los demás sobre su voz, y al mejor manejo de la ansiedad a través del desarrollo de habilidades de afrontamiento, conductas de aceptación y mayor tolerancia a la frustración, promovidas por la musicoterapia. Correlacionado con esto, su evaluación del impacto del programa musicoterapéutico sobre si, muestra consideraciones positivas, atribuyéndole un sentido potencializador y

favorecedor de expresiones, pensamientos, sentimientos e ideas. Todo ello puede evidenciarse en la participación e interacción musical, donde se muestra mucho más consciente de sus capacidades y potencialidades, ejecutando los instrumentos musicales con mayor seguridad, proponiendo mayores variaciones en las dinámicas del sonido durante sus producciones musicales, y mostrando mayor seguridad a la hora de cantar, así como manteniéndose mucho más atenta a las propuestas musicales de sus compañeras para apoyar o acompañar.

Por otro lado, la participante M. R., en el área funcional presenta inicialmente una incapacidad severa que no se correlaciona directamente con el índice s/z en el cual se indica una dinámica fonatoria normal. Pese a esto, la participante considera que la existencia de la dificultad vocal es evidente y está asociada principalmente a factores físicos, lo que le impide desempeñarse adecuadamente tanto en sus labores cotidianas y profesionales, así como en su interacción social. Ésta percepción cambia post tratamiento puesto que aunque se mantiene la dificultad vocal, la incapacidad es considerada como moderada logrando avances en las interacciones sociales a nivel intra e interpersonal, tanto persona a persona como con el grupo, reconociendo que aunque existen unas fallas funcionales, éstas están más asociadas a la emocionalidad.

En este sentido, en la parte emocional del VHI-30, se observa una percepción menor de la incapacidad vocal, pasando de moderada a leve. Correlacionando este resultado con las observaciones realizadas durante el tratamiento, se evidencia que dicha variación en la percepción puede estar asociada a la disminución de pensamientos negativos en relación con su autoconcepto y el concepto de los demás sobre su voz, y al mejor manejo de la ansiedad a través del desarrollo de habilidades de afrontamiento, conductas de aceptación y mayor tolerancia a la frustración, promovidas por la musicoterapia, en experiencias como la composición, la improvisación instrumental y la relajación mental-corporal. A su vez, se observa mayor conocimiento de su propio cuerpo, de su esquema corporal vocal, y de cómo puede influir positiva o negativamente en éste para la producción de la voz durante actividades como la improvisación vocal y la re-creación de canciones. Igualmente identifica factores que promueven en ella la relajación, favoreciendo no solo su expresión vocal sino un mayor control de los movimientos involuntarios del cuerpo.

Todo ello pudo ser evidenciado durante sus producciones musicales, en las cuales mostraba mayor dominio sobre su voz, logrando proponer variaciones en las dinámicas de intensidad, melodía y ritmo tanto vocal como instrumentalmente. De igual forma, se observa en las producciones grupales mayor adhesión al grupo, logrando proponer y acompañar musicalmente, con mayor seguridad en sí misma, mayor confianza y reconocimiento de sus capacidades y disminución de pensamientos de inferioridad.

Éstas consideraciones también son evidentes en las respuestas frente a la evaluación del impacto del programa musicoterapéutico en donde indica haber notado una mejoría en la seguridad en sí misma, restándole importancia a las opiniones o críticas negativas de otros y mejorando su autoestima, otorgándole a la musicoterapia unas características relajantes y de sanación espiritual.

En el caso de la participante J. C. quien presentó el menor nivel de asistencia a las sesiones, no se observa modificación de la percepción de la incapacidad vocal pre y post tratamiento, aunque se observan pequeños cambios en las puntuaciones siendo menores en el nivel emocional del VHI-30. En la parte funcional del VHI-30 se mantienen la incapacidad severa, pero con reducción de 8 puntos en el índice post tratamiento. Correlacionando este resultado con el índice s/z inicial el cual ese observa TME (s) y el TMF (z) bajos, siendo indicativo de compromiso del soporte respiratorio, y con el índice s/z final que indica una posible hiperaducción de cuerdas vocales, se identifica que la dificultad vocal se mantiene, impidiendo un adecuado desempeño en tareas cotidianas que implican la voz limitando su interacción social. Ésta percepción también fue evidente en su música, buscando realizar sonidos instrumentales, corporales y vocales de intensidades bajas, tratando de esconderse en los sonidos de sus compañeras, así como realizando improvisaciones cortas.

En relación con la parte emocional del VHI-30, se evidencia en la participante una mínima reducción de la puntuación post tratamiento de 1 punto, manteniendo una incapacidad moderada. Analizando las observaciones realizadas durante el tratamiento, ésta percepción puede estar asociada a la dificultad presentada para lograr un mejor manejo de la ansiedad, a la baja asistencia a las sesiones musicoterapéuticas, y al enfoque utilizado, debiendo explorarse nuevas estrategias. Pese a que existe disminución de pensamientos negativos en relación con su autoconcepto y el concepto

de los demás sobre su voz, mejoría de las habilidades de afrontamiento, conductas de aceptación y mayor tolerancia a la frustración, promovidas por la musicoterapia, la participante no logra un nivel adecuado de auto aceptación y de seguridad en sí misma y en su voz, lo cual se encuentra reflejado en sus expresiones musicales a lo largo del proceso observándose pocas propuestas rítmico-melódicas claras, manteniendo cierta introversión durante la composición grupal, el canto conjunto y la improvisación instrumental y vocal. Igualmente se evidencia que realiza y mantiene obstinatos rítmico-melódicos, persistiendo en un mismo patrón.

Estas percepciones fueron también evidentes en sus producciones musicales, en donde logró mayor participación y presencia a través de las variaciones de intensidad, rítmico-melódicas y tímbricas, tanto a nivel vocal como instrumental, mostrando mayor seguridad y confianza en sí misma, disminuyendo la preocupación frente a las críticas.

Si se observa su evaluación del impacto del programa musicoterapéutico sobre si, muestra consideraciones positivas frente al aporte de la musicoterapia sobre la aceptación y afrontamiento de su condición, lo cual no es consistente con su percepción de la incapacidad vocal. Podría pensarse que debido a su edad, el tiempo de la presencia de la disfonía espasmódica menor a 5 años y la severidad de la misma, la participante no ha realizado un adecuado proceso de afrontamiento de su condición y por ende se encuentra en una etapa de ajuste denominado negociación, la tercera de un total de cinco etapas planteadas por Kübler-Ross (Ávila, 2013).

Finalmente, en relación con la participante R. S. se puede decir que su percepción de la incapacidad vocal se modificó posterior al tratamiento musicoterapéutico pasando de considerarla como profunda a severa, con una reducción de 38 puntos en el total de la prueba. En el área funcional presenta inicialmente una incapacidad severa que correlacionado con el índice s/z inicial, el cual indica una hiperaducción de las cuerdas vocales, muestra que existe una dificultad vocal evidente que afecta el desempeño en tareas cotidianas que implican el uso de la voz así como limita las interacciones sociales de la participante. Sin embargo, ésta percepción se modifica post tratamiento pasando a considerarse como incapacidad vocal moderada, que junto con un índice s/z final que indica una dinámica fonatoria normal, muestra una mejoría en el uso de la voz para las interacciones sociales y las tareas cotidianas (ir a la tienda, llamar por teléfono, pedir

información, etc.). Esto también es evidente a nivel musical, en tanto que logra aumentar su participación en actividades musicales como el canto conjunto, canto terapéutico individual, improvisaciones vocales y seguimiento de líneas melódicas, así como en sus participaciones verbales al finalizar el proceso.

Con respecto a la parte emocional del VHI-30, se evidencia en la participante una reducción de la puntuación post tratamiento, pasando de considerar una incapacidad severa a una moderada. Esto fue evidente en las observaciones realizadas durante el tratamiento, puesto que presentó disminución de pensamientos negativos en relación con su autoconcepto y el concepto de los demás sobre su voz, mostrando mejores habilidades de afrontamientos, aumento de la tolerancia a la frustración y disminución de conductas de evitación, promovidas por la musicoterapia, observadas también en las actividades musicales en dónde se arriesga a realizar actividades que le generan mayor tensión como la composición de letras y música, la re-creación de canciones, y la improvisación individual, mostrando mejores habilidades para interactuar y vincularse a las propuestas grupales durante las improvisaciones musicoterapéuticas. Correlacionado con esto, su evaluación del impacto del programa musicoterapéutico, muestra mayor aceptación y compromiso con su condición consideraciones positivas, reconociendo los aportes que la musicoterapia realiza en los factores emocional y funcional, así como atribuyéndole un sentido de relajación y expresión de pensamientos, sentimientos e ideas.

Sus producciones musicales muestran también estas modificaciones, en tanto que aumenta la intensidad vocal, muestra mayor seguridad y conciencia de su esquema corporal vocal, logrando realizar propuestas melódicas mucho más claras. Igualmente su participación a nivel grupal e individual a través de la música, muestran mayor seguridad en sí misma, con aumento de pensamientos positivos en relación a sí misma y a su condición, logrando realizar propuestas rítmicas, melódicas, variaciones tímbricas entre otras, con mayor consistencia.

Todo ello concuerda con la revisión teórica realizada en la presente investigación en donde se detallan las posibilidades y alcances a nivel emocional, social intra e interpersonal, y funcional que la musicoterapia puede proveer a través del uso de los diferentes métodos musicoterapéuticos, así como de las técnicas y actividades

específicas seleccionadas. Igualmente, se permite introducir indirectamente la conciencia del esquema corporal y vocal necesarios para la producción de la voz y para el proceso comunicativo y de interacción social tanto con personas que poseen la misma condición como con los que no. De la misma manera, se observa que la terapia de aceptación y compromiso sugerida por el enfoque cognitivo-conductual, puede ser implementado a través de la música y de las actividades musicoterapéuticas en pro de la consecución de objetivos específicos, y en este caso en relación con el manejo de la ansiedad y la reducción del impacto de la disfonía espasmódica.

En consideración general, las modificaciones observadas en el autoconcepto, la autoestima, la tolerancia a la frustración y las habilidades de afrontamiento, a través de la musicoterapia, favorecen a que la percepción del impacto de la disfonía espasmódica se reduzca dándole una severidad mucho menor a la incapacidad vocal posterior al tratamiento, y promoviendo la auto aceptación en cada una de las participantes.

Igualmente el TMF (a) aumenta en todos los casos, en grados diversos asociado a las posibilidades que la musicoterapia neurológica brinda a partir de actividades como el canto conjunto, los actividades respiratorias y la terapia de entonación vocal. Pese a no haberse utilizado con frecuencia las actividades respiratorias a través del uso de instrumentos musicales de viento, se observa que estos promueven las dinámicas respiratorias asociadas a la fonación, lo cual se considera favorable para el tratamiento de la disfonía espasmódica.

En este sentido, la musicoterapia neurológica puede ser considerada como un enfoque que en general favorece el aspecto físico y funcional de la disfonía espasmódica, en tanto proporciona herramientas para el control y fuerza respiratoria, las dinámicas vocales, la relajación corporal, el reconocimiento del esquema corporal vocal, y en consecuencia la audibilidad de la voz; mientras que por su parte el enfoque cognitivo-conductual de tercera generación, y más específicamente la terapia de aceptación y compromiso, implementada a través de la musicoterapia en este caso, favorece tanto el aspecto emocional como el funcional, proporcionando herramientas para el manejo de la condición, los aspectos relacionados con la ansiedad rasgo como consecuencia de la misma, y las habilidades de interacción social, así como el autoconcepto, la autoestima y la autoconfianza.

Pese a que la disfonía espasmódica es una condición que en general ocasiona similares síntomas y signos en las personas que la padecen, suele ser muy diferente la percepción que cada una de las participantes tiene de ella, dándoles más valor a la parte física, funcional o emocional. Esto se asocia con los rasgos de personalidad de cada una de las participantes, al tiempo de presencia de la condición y a las características propias y severidad de cada tipo de disfonía. Por tanto la musicoterapia puede brindar un tratamiento integral que tenga en cuenta las características personales de cada participante, trabajando individual o grupalmente.

A nivel de interacción social, se evidencia que la musicoterapia promueve más y mejores espacios para relacionarse con personas bien sea que presentan o no su misma condición, favoreciendo una comunicación más asertiva por diferentes canales (musical, corporal, gestual, verbal), manteniendo o promoviendo rasgos de interacción más tendientes hacia una diferenciación del propio ser como persona autónoma y única, pero generando vínculos grupales mucho más estables y empáticos, lo que les da la posibilidad de compartir forjando redes de apoyo. En este sentido, todas las participantes consideran más beneficioso un proceso grupal versus uno individual, en tanto permite la interacción social con pares, favorece la comunicación y expresión de emociones, permite el apoyo/refuerzo grupal y promueve mayor expresividad tanto musical, como corporal, gestual y verbal.

Más allá de la información cuantitativa recolectada y reportada en el proceso investigativo, se evidencia en las participantes la consideración de que la musicoterapia les permite la expresión de pensamientos, ideas y emociones relacionadas tanto con la problemática expuesta como con situaciones anexas que de una u otra manera inciden o repercuten en su condición. Igualmente, promueve espacios para el autoconocimiento, la relajación, el esparcimiento mental, el desarrollo de habilidades sociales a nivel intra e interpersonal (como escuchar, iniciar o mantener un dialogo musical, agradecer, generar empatía, participar, opinar, entre otras), cognitivas (a nivel de memoria, planificación, análisis, atención, abstracción, etc.), y musicales, que permiten un crecimiento personal no solamente visto desde su condición vocal o desde la ansiedad como causa y consecuencia, sino en general, que favorece sus desempeños laborales, sociales y personales, lo que daría cuenta de las posibilidades y el beneficio que representa la

musicoterapia en ésta población, identificado no sólo por la terapeuta sino referenciado por ellas mismas dentro de su proceso, en la retroalimentación verbal final y en sus evaluaciones finales escritas frente a lo que consideraban de la musicoterapia.

Por otra parte, es importante recordar que para el tratamiento de la disfonía espasmódica desde la musicoterapia, es necesario cierto grado de conocimiento de la condición, las implicaciones a nivel social, emocional, físico, y principalmente comunicativo, así como las posibilidades de tratamiento existentes. Esto con el fin de poder establecer objetivos terapéuticos claros, concordantes con el pronóstico, evolución y severidad de la condición en cada una de las personas. Sin embargo, esto no limita al musicoterapeuta ni a la musicoterapia en el accionar terapéutico, en tanto que se establece como un tratamiento complementario en ambientes interdisciplinares, con objetivos específicos desde lo musical. En el caso de la presente investigación, facilitó en gran medida que la investigadora contara con conocimientos y experiencia en el manejo de desórdenes comunicativos, puesto que trabajó desde lo musical aspectos no musicales relacionados con la voz en las dimensiones social, comunicativa, emocional y funcional. Sin embargo, en algunos momentos requirió supervisión para no caer en una intervención desde lo fonoaudiológico con apoyo musical, en lugar de trabajar netamente desde aspectos musicoterapéuticos, principalmente durante las actividades propuestas a partir de la musicoterapia neurológica.

La musicoterapia, entonces, ofrece un abordaje integrativo, personal, no farmacológico, con el que se trabajan aspectos físicos, emocionales, intra e interpersonales del paciente, guiados hacia el manejo de signos y síntomas de la ansiedad lo que promueve la percepción de mayor bienestar en quienes padecen DE, considerándose en este sentido como una terapia válida dentro del tratamiento integral de la disfonía espasmódica, como una disciplina que apoya no solo en el fortalecimiento del potencial funcional de la voz, sino también los factores psicosociales relacionados a la DE, desde un nivel aumentativo en donde el uso de la música mejora la acción de otras modalidades de tratamiento.

6. Conclusiones y recomendaciones.

6.1 Conclusiones

- La musicoterapia favorece el manejo de la ansiedad resultante de la exposición a situaciones angustiantes asociadas a la condición de disfonía espasmódica a través de los cuatro métodos musicoterapéuticos, en tanto que coadyuva a la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones.
- Se evidencian algunas variaciones en la coordinación fonorespiratoria como consecuencia de la exposición a actividades musicoterapéuticas como canto conjunto, canto terapéutico, entonación vocal y actividades respiratorias con instrumentos de viento, a partir de la evaluación aerodinámica básica pre y post-tratamiento.
- La musicoterapia promueve la relajación mental y corporal que favorece los procesos de interacción social y comunicativa, asociado a actitudes de afrontamiento y respuestas corporales más controladas, disminuyendo la ansiedad en las participantes.
- En el análisis correlacional entre las observaciones musicoterapéuticas, las expresiones musicales y el índice de incapacidad vocal VHI-30, indican que la musicoterapia logra disminuir la percepción de incapacidad asociado a la disfonía, mejorando no solo el factor emocional, sino también el funcional y físico, pese a no existir un trabajo único y directo en los dos últimos.
- La literatura desde el enfoque cognitivo-conductual, las respuestas con mayor puntaje en el VHI-30 y los protocolos de las sesiones de valoración, permitieron establecer 10 factores relacionados con rasgos de ansiedad evidenciados en las participantes con disfonía espasmódica.

6.2 Recomendaciones

- Se recomienda en primera instancia integrar la musicoterapia al plan de tratamiento de la Disfonía Espasmódica, desde un nivel aumentativo, en tanto ha demostrado ser útil en el manejo de la ansiedad asociado a la condición, reduciendo el impacto de ésta en la vida diaria de quienes la presentan. Así mismo, promueve procesos de salud integrales en las personas, trabajando de forma conjunta con otras disciplinas.
- Considerando que este fue un primer acercamiento a la Disfonía Espasmódica y los problemas de voz desde la musicoterapia en el país, se invita a continuar investigando en ésta población y/o en poblaciones similares, con el fin de identificar nuevos y mayores aportes de la disciplina a los factores tanto emocionales, como físicos y funcionales.
- Se recomienda desarrollar una investigación en la cual se dé mayor valor a los factores físicos y funcionales, a partir de la musicoterapia neurológica u otros modelos musicoterapéuticos, que trabajen en pro de los procesos respiratorios y fonatorios, realizando análisis de la voz para establecer las posibilidades que la disciplina tiene en la rehabilitación de la voz desde el canto y el uso de instrumentos musicales.
- Para posteriores investigaciones, es recomendable establecer un mayor número de sesiones que permitan abarcar de mejor forma cada uno de los factores u otros factores adicionales, así como obtener resultados que puedan ser estadísticamente más significativos. De igual forma, aumentar el número de participantes con la condición a fin de establecer mayor significancia en los análisis cuantitativos, y determinar una mayor consistencia en los resultados.
- Igualmente se considera conveniente incluir espacios individuales para explorar y promover respuestas individuales, así como trabajar sobre objetivos específicos en cada participante.

A. Anexo: Formato Entrevista inicial

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

ENTREVISTA INICIAL PRE PROCESO.

Nombre: _____Edad:_____
Documento de identidad: _____
Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____
Ocupación: _____
Vive con: _____
Fecha de diligenciamiento: _____

1. ¿Está usted interesado en participar en el proyecto de investigación denominado ***MUSICOTERAPIA A FAVOR DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN MUJERES CON DISFONÍA ESPASMÓDICA*****?**
   Sí _____ **No** _____

2. ¿En qué horario podría asistir a las sesiones de musicoterapia?
   Mañana ____ tarde _____ noche _____ Hora específica: _____
3. Describa cuál o cuáles tratamientos ha tenido previamente para el manejo de la Disfonía espasmódica, e indique el tiempo de duración de cada uno.
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

4. Si se encuentra en tratamiento actualmente, indique cuál o cuáles son y la intensidad semanal que representa.
   _____
   _____
   _____
   _____

5. ¿Ha recibido tratamiento musicoterapéutico o algún otro tipo de tratamiento centrado en la música?
   Sí ___ No ____ ¿Cuál? _____

B. Anexo: Formato consentimiento informado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE_____

EDAD_____ Años FECHA: ___ ___ ___ HORA: _____

La musicoterapia ha demostrado beneficios en el tratamiento de alteraciones comunicativas neurológicas, y en el manejo de los aspectos emocionales relacionados (Thaut, 2008). El proyecto de investigación ***MUSICOTERAPIA A FAVOR DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN MUJERES CON DISFONÍA ESPASMÓDICA,*** busca reducir el impacto de la Disfonía Espasmódica mediante la implementación de un programa Musicoterapéutico a favor del manejo de la ansiedad en las participantes.

El ejercicio investigativo estará a cargo de la musicoterapeuta en formación *Laura Paola Mora Perdomo*, fonoaudióloga y estudiante del programa de Maestría en Musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia, quien contará con el apoyo y dirección del musicoterapeuta y psicólogo *Miguel Ángel Basabe Rodríguez*, docente de la maestría.

Las sesiones se realizarán los días lunes y martes en horario de la tarde, en el salón 132 del edificio SINDU, en la Universidad Nacional de Colombia, durante los meses de agosto, septiembre y mitad de octubre del presente año. Durante el proceso será necesario la realización de registros fílmicos y/o sonoros, que constituirán elementos integrantes de la historia clínica. TODA la información obtenida durante el proceso tendrá el carácter de confidencial, bien sean relatos, datos del participante y/o familiares, y todos los registros fílmicos y sonoros. Durante las sesiones se utilizarán ocasionalmente instrumentos de viento, los cuales para evitar problemas de contagio, serán personalizados.

En una primera fase se realizará la valoración musicoterapéutica a través de experiencias musicales que permitan identificar las principales características emocionales y de pensamiento relacionadas con la ansiedad y la disfonía espasmódica, así como las capacidades y posibilidades a nivel musical, con el fin de orientar al musicoterapeuta en su actividad de investigación e interacción con las participantes.

En una segunda fase se diseñará y ejecutará el proceso de intervención musicoterapéutica encaminada a desarrollar procesos de aceptación, fomentando características de estima, confianza en sí mismas, creatividad y tolerancia a la frustración, a favor del manejo de la ansiedad. Durante este tiempo participará de experiencias musicales en cada una de las sesiones a través de la generación de sonidos con su cuerpo, con instrumentos musicales, mediante su participación con canto y/o escuchando música, entre otros.

Finalmente en una tercera fase, se realizará el cierre del proceso evaluando el alcance de la intervención musicoterapéutica en el manejo de la ansiedad que posibilite una reducción del impacto de la disfonía espasmódica en su vida diaria.

Usted puede desistir de este consentimiento informado en cualquier momento, sin ningún tipo de perjuicio para usted. Cualquier inquietud puede ser formulada al *Magíster Miguel Ángel Basabe*, profesor de la Facultad Musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia *Teléfono 3165000 Ext. 12205*. La Universidad Nacional de Colombia se compromete a guardar absoluto respeto a la integridad física, mental y emocional de los participantes, así como, a garantizar la confidencialidad de la información obtenida de cada uno de ellos, y a controlar su utilización para fines científicos y académicos exclusivamente correspondientes a este proyecto.

Yo_____,
identificado con cc _____, por medio del presente documento, en pleno y normal uso de las facultades mentales, hago constar que he leído conscientemente el presente documento, lo he entendido y comprendido y se me han resuelto todas las dudas que he tenido al respecto de este proceso investigativo y estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la presente investigación. Así mismo autorizo que con la condición de no mencionar mi identidad personal, los registros fílmicos (voz e imagen) y fotografías y toda la información recopilada, puedan ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y / o divulgación científica.

Firma: _____

Firma estudiante de musicoterapia: _____

Firma asesor de la investigación: _____

C. Anexo: Formato Ficha musicoterapéutica.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA

Nombre: _____Edad:_____
Documento de identidad: _____
Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____
Ocupación: _____
Vive con: _____
Fecha de diligenciamiento: _____

HISTORIA MUSICAL

¿Recuerda su primer contacto con la música? Sí__ No__

¿Cómo fue?
_____
_____
_____

¿Qué canciones recuerda de su niñez?
_____
_____
_____

¿Recuerda alguna canción importante o significativa para usted? Sí __ No __

¿Cuál y por qué?
_____
_____

¿Tiene algún recuerdo positivo asociado con la música?
_____
_____

¿Tiene algún recuerdo negativo asociado con la música?

_____

_____

CONOCIMIENTO MUSICAL

¿Ha recibido clases de música? Sí __ No __

¿Cuál y cuándo?

_____

_____

¿Interpreta algún instrumento? Sí __ No __

¿Cuál?

_____

_____

¿Realizas algunas de éstas actividades?

Actividad	Si	No	Tiempo aproximado al día	Solo	Acompañado
Cantar					
Tocar instrumentos					
Escuchar música					
Moverse al son de la música					

PREFERENCIAS MUSICALES

¿Cuáles son los sonidos típicos que lo rodean?

_____

_____

¿Qué tipo de sonidos le agradan? ¿Por qué?

_____

_____

¿Qué tipo de sonidos le desagradan? ¿Por qué?

_____

_____

¿Comparte sus gustos musicales con los de su familia?

_____

_____

¿Cuál es su género musical favorito?

_____

_____

¿Cuál es su canción o canciones favoritas?

_____

_____

¿Qué música asocia con alegría?

_____

_____

¿Qué música asocia con tristeza?

_____

_____

¿Cuál es su género musical y/o canción (o canciones) menos favoritas? ¿A qué lo asocia?

_____

_____

¿Cuál es (son) su(s) instrumento(s) musical(es) favorito(s)?

_____

_____

¿Cuál es (son) su(s) instrumento(s) musical(es) menos favorito(s)?

_____

_____

¿Hay algún tipo de música que usted quisiera componer o tocar en un futuro y aún no lo haya podido hacer?

_____

_____

D. Anexo: Formato VHI-30

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

VOICE HANDICAP INDEX VHI-30 Versión en español

Nombre: _____ Edad: _____

Documento de identidad: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____

Ocupación: _____

Vive con: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

Marque con una X el número que corresponde con la frecuencia con que presenta las situaciones propuestas, dónde: 0 significa “Nunca”, 1: “Casi nunca”, 2: “A veces”, 3. “Casi Siempre” y 4: “Siempre”

Parte I-F (funcional)					
F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F3. Mi familia no me oye si la llamo desde el otro lado de la casa	0	1	2	3	4
F4. Uso el teléfono menos de lo que desearía	0	1	2	3	4
F5. Tiendo a evitar las tertulias debido a mi voz	0	1	2	3	4
F6. Hablo menos con mis amigos, vecinos y familiares	0	1	2	3	4
F7. La gente me pide que repita lo que les digo	0	1	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
Parte II-P (física)					
P1. Noto perder aire cuando hablo	0	1	2	3	4
P2. Mi voz suena distinto a lo largo del día	0	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta: ¿qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4
P4. Mi voz suena quebrada y seca	0	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
P7. Trato de cambiar mi voz para que suene diferente	0	1	2	3	4

P8. Me esfuerzo mucho para hablar	0	1	2	3	4
P9. Mi voz empeora por la tarde	0	1	2	3	4
P10. Mi voz se altera en mitad de una frase	0	1	2	3	4
Parte III-E (emocional)					
E1. Estoy tenso en las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
E2. La gente parece irritada por mi voz	0	1	2	3	4
E3. Creo que la gente no comprende mi problema con la voz	0	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E5. Progreso menos debido a mi voz	0	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
E7. Me siento contrariado cuando me piden que repita lo dicho	0	1	2	3	4
E8. Me siento avergonzado cuando me piden que repita lo dicho	0	1	2	3	4
E9. Mi voz me hace sentir incompetente	0	1	2	3	4
E10. Estoy avergonzado de mi problema con la voz	0	1	2	3	4

Núñez-Batalla F et al. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal y su versión abreviada al español.

E. Anexo: Formato registro TMF-TME- índice S/Z

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

TIEMPO MÁXIMO DE FONACIÓN, TIEMPO MÁXIMO DE ESPIRACIÓN E ÍNDICE S/Z

Nombre: _____Edad: _____
Documento de identidad: _____
Diagnóstico: _____Tiempo de diagnóstico: _____
Ocupación: _____
Fecha y hora de diligenciamiento: _____

	TMF (A)	TME (S)	ÍNDICE S/Z
1 TOMA			
2 TOMA			
3 TOMA			
PROMEDIO			

	TMF (A)	TME (S)	ÍNDICE S/Z
1 TOMA			
2 TOMA			
3 TOMA			
PROMEDIO			

F. Anexo: Formato plan de sesión

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

PLAN DE SESIÓN N°

Fecha: **Hora:**
Fase:
Participantes:
Tipo de sesión:

Objetivo general:

Objetivo principal de sesión:

Objetivos específicos:

-

- **SOSEGAR**

Duración:
Materiales:
Dinámica:

- **SACUDIR**

Duración:
Materiales:
Dinámica:

- **SEMBRAR**

Duración:
Materiales:
Dinámica:

- **SEÑALAR**

Duración:
Materiales:
Dinámica:

- **SALIR**

Duración:
Materiales:
Dinámica:

G. Anexo: Formato Indicadores Psicosonoros

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

INDICADORES PSICOSONOROS DE INTEGRACIÓN VINCULAR—PATRICIA PELLIZZARI

	1° improvisación	2° improvisación	3° improvisación	4° improvisación	5° improvisación	6° improvisación	7° improvisación	8° improvisación	9° improvisación
Fecha									
Tendencia a la diferenciación e integración vincular									
Figura									
Fondo									
Contrapunto									
Propuestas sonoras abiertas									
Tendencia a la dependencia									
Imitación sonora									
Monofonía									
Homofonía									
Subordinación sonora									
Fondo									
Tendencia al aislamiento									
Desconexión sonora									
Recurrencia a modalidades sonoras propias									
Elección del instrumento									
Utilización de la intensidad									
Tendencia al aislamiento por hiperdiferenciación									
Contrastes sonoros									
Control sobre la improvisación de otros									
Figura									
Elección del instrumento líder									
Utilización de la intensidad									

H. Anexo: Formato evaluación del Impacto del programa musicoterapéutico.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ARTES
MAESTRÍA EN MUSICOTERAPIA
LAURA PAOLA MORA PERDOMO

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA MUSICOTERAPÉUTICO

NOMBRE: _____
FECHA: ___ ___ ___ HORA: _____

Las siguientes preguntas corresponden al proceso de evaluación del impacto del programa musicoterapéutico dentro del proyecto investigativo denominado: ***MUSICOTERAPIA A FAVOR DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN MUJERES CON DISFONÍA ESPASMÓDICA,*** desarrollado durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2017, en el cual usted participó de manera voluntaria.

Por favor responda con total sinceridad y plena autonomía cada una de las siguientes preguntas. Recuerde que toda la información suministrada es confidencial y hace parte del proceso investigativo-académico, y nos permite identificar factores importantes para potencializar o mejorar en futuras investigaciones.

Preguntas:

1. ¿Aproximadamente a cuántas sesiones de musicoterapia asistió durante el proceso?
   Menos de 10: _____ Entre 10 y 15: ____ Entre 15 y 19____

2. En las ocasiones que no asistió ¿Cuáles fueron las principales razones que le impidieron asistir a la (s) sesión (es)?
   _____
   _____
   _____

3. ¿Cuál o cuáles fueron sus instrumentos favoritos?
   _____
   _____

4. ¿Cuál o cuáles fueron sus actividades favoritas?
   _____
   _____
   _____
   _____

5. ¿Notó algún cambio respecto a su voz durante y después de las sesiones de musicoterapia?

_____
_____
_____
_____

6. ¿Notó algún cambio respecto a cómo ve la Disfonía espasmódica y el impacto de ésta en su vida diaria? (relaciones interpersonales)

_____
_____
_____
_____

7. ¿Cree que la musicoterapia le ayudó a desarrollar herramientas de afrontamiento frente a situaciones angustiantes? ¿En qué forma?

_____
_____
_____
_____

8. ¿Cómo describe su relación con las demás participantes dentro de las sesiones? ¿Considera que el trabajo grupal facilita o limita el proceso?

_____
_____
_____
_____

9. ¿Considera que sería mejor realizar un trabajo individual y personalizado?

_____
_____
_____
_____

10. ¿Recomendaría a otras personas con Disfonía espasmódica la asistencia a Musicoterapia? Si – NO ¿Por qué?

_____
_____
_____
_____
_____

11. ¿Qué recomendaciones haría al programa de musicoterapia?

_____
_____
_____
_____
_____

I. Anexo: Registros Fichas Musicoterapéuticas

REGISTROS FICHAS MUSICOTERAPÉUTICAS

PREGUNTA	A.S.	M. R.	J.C.	R. S.
HISTORIA MUSICAL				
¿Recuerda su primer contacto con la música?	si	si	si	no
¿Cómo fue?	frente a mi casa funcionaba una emisora y fui a cantar los pollitos	con mis primas escuchando canti-cuentos fue maravilloso	en la niñez escuchando en la radio la música colombiana	N/A
¿Qué canciones recuerda de su niñez?	Que mi mami y sus hermanas cantaban hermoso, tenían fama las Romero de Chaparral.	el tesoro del saber, ahí va la serpiente	pueblito viejo, llamarada, los cisnes, la gata golosa, pescador lucero y rio	algunas rondas infantiles, canciones de Piero, Claudia de Colombia
¿Recuerda alguna canción importante o significativa para usted?	Si, la cantaba para mí, mi papá: malagueña, ese lunar que tiene cielito… La cantaba mi mamá: amor perdido y boleros.	si, el tesoro del saber	Pueblito viejo porque la cantábamos en el colegio.	Si, viejo mí querido viejo: me recuerda mucho a mi papá, y su dolor cuando falleció mi abuelo.
¿Tiene algún recuerdo positivo asociado con la música?	Escuchar cantar a mi mamá y sus regaños porque no entonaba en forma correcta.	escuchar a Vivaldi, Beethoven en el conservatorio León de la U nacional	En la niñez cante en una emisora.	Claro que sí, me he ganado varios concursos bailando de todo lo que me pongan.
¿Tiene algún recuerdo negativo asociado con la música?	no	alguna vez escuché un disco que me dio miedo tenia sonidos tristes, era de "black metal"	ninguno	Sí, en el año 91 tuve la pérdida de un bebé de manera difícil que me marco para toda la vida.
CONOCIMIENTO MUSICAL				
¿Ha recibido clases de música?	no	si	no	si
¿Cuál y cuándo?	N/A	guitarra y piano hace 20 años	N/A	las que recibí cuando estaba en el colegio
¿Interpreta algún instrumento? ¿Cuál?	no	no	no	no
¿Realizas algunas de estas actividades?				
Cantar	si-15 minutos-acompañada	si-30 minutos-acompañada	no	no

Tocar instrumentos	no	no	no	no
Escuchar música	si-30 minutos-sola	si-30 minutos- sola	si-	si-2-3 horas-sola y acompañada
Moverse al son de la música	si-60 minutos-Acompañada (Zumba)	si-30 minutos-acompañada	si-1 hora-en grupo	si-por raticos-sola y acompañada
PREFERENCIAS MUSICALES				
¿Cuáles son los sonidos típicos que lo rodean?	Clásica, romántica, la salsa, las canciones cubanas: Pablo Silvio, Boleros, hasta nuevos géneros.	voces y teclados	ruido de los carros, de los niños, alarmas	me encanta la música bailable y algunas románticas pero más que todo merengue-salsa-vallenato
¿Qué tipo de sonidos le agradan? ¿Por qué?	Todos, depende de cómo me sienta.	naturaleza, correr el agua, sonido del viento,	el canto de las aves	aquellos que tienen que ver con la naturaleza, porque me relajan y dan tranquilidad
¿Qué tipo de sonidos le desagradan? ¿Por qué?	Rock pesado porque el sonido es muy fuerte.	silbar, me recuerdan a alguien que me caía muy mal; mi voz no me gusta	alarmas de noche	algunos como el rock pesado o el heavy metal me estresan, me desesperan
¿Comparte sus gustos musicales con los de su familia?	si, con mis hijos y me agrada la música de ellos	Si, alguna porque me gusta el rock y mi papi también pero hay un género del rock más fuerte que ninguno comparte.	Si, en las reuniones familiares.	sí, con mi esposo y mis hijos
¿Cuál es su género musical favorito?	La salsa (Richi Rey, Bobby, Héctor Lavoe, Celia, Rubén Blades, Willie, Joe, Niche, Henry Fiol, El gran Combo.	Clásica, nueva era.	boleros, baladas, salsa, tropical	merengue-salsa
¿Cuál es su canción o canciones favoritas?	Que tal tierno amor que tal (Leonardo Fabio), Te busco (Celia), El breve espacio en que no estas (Pablo), Aquellas pequeñas cosas (Serrat), y sin embargo (Sabina), Volver (Richi Rey), ah oh no (Héctor Lavoe)…	Un disco de "chelo" no recuerdo el nombre.	arrullo de Dios, Amor eterno	Me encantan varias, como tal una favorita no tengo. Hay unas de Andrés Cepeda que me fascinan

¿Qué música asocia con alegría?	Salsa, Vallenato, Porros.	Iron Meiden	música tropical	la música bailable
¿Qué música asocia con tristeza?	Romántica (Baladas)	un cantante "plazas" Alberto Plazas	música romántica	algunas de las que llaman música de plancha y las rancheras
¿Cuál es su género musical y/o canción (o canciones) menos favoritas? ¿A qué lo asocia?	Rock, desorden, gritos.	vallenato no me gusta, Nirvana lo asocio a muerte	la música de carrilera lo asocio a embriagarse	rock y metal, vicios y malas vibras
¿Cuál es (son) su(s) instrumento(s) musical(es) favorito(s)?	Piano, Clarinete, Guitarra, fagot	viola, chelo, guitarra clásica	el piano, el arpa, el violín	guitarra, saxofón-acordeón
¿Cuál es (son) su(s) instrumento(s) musical(es) menos favorito(s)?	Batería	me parece que todos los instrumentos musicales son fabulosos	ninguno	trombón
¿Hay algún tipo de música que usted quisiera componer o tocar en un futuro y aún no lo haya podido hacer?	Música para niños.	Desearía tocar la guitarra, lo he intentado varias veces no soy dedicada, pero si estuviera en un curso "lo haría".	haber aprendido a tocar la guitarra	No, la música no es lo mío.

J. Anexo: Registros evaluación del Impacto del programa musicoterapéutico.

PREGUNTA	A. S.	M. R.	J. C.	R. S.
¿Aproximadamente a cuántas sesiones de musicoterapia asistió durante el proceso?	entre 15 y 19	entre 10 y 15	entre 10 y 15	entre 15 y 19
En las ocasiones que no asistió ¿Cuáles fueron las principales razones que le impidieron asistir a la (s) sesión (es)?	Me avisaron que tenía que hacer declaración a la DIAN y ese día me dediqué a conseguir todos los soportes para entregarle al contador.	trabajo	por viaje programado tiempo atrás y las ultimas por problemas de salud	Sólo falte creo una vez y fue porque se me cruzó con una cita médica.
¿Cuál o cuáles fueron sus instrumentos favoritos?	Tambora, Guasá, metalófono, alegre.	Tambor de olas, palo de lluvia, bongos, piano, guitarra, cortina.	El piano, el tambor, el xilófono, el tambor de olas, la guacharaca.	Los que más usé fueron la guacharaca y el Güiro, me sentía más cómoda y les tenía más facilidad para sacar el ritmo.
¿Cuál o cuáles fueron sus actividades favoritas?	Los calentamientos, las creaciones: coplas, canciones, letras, música, dibujar, la de la tarjeta, la de musicoterapia receptiva con imágenes, la de tocar flauta con las imágenes del computador.	componer, cantar, baño sonoro	El calentamiento, la relajación, tocar los instrumentos, componer, dibujar aunque se me dificulta lo intenté.	Todas las actividades fueron muy interesantes, pero en las que nos podíamos manifestar libremente en los instrumentos, bailar y las relajaciones.
¿Notó algún cambio respecto a su voz durante y después de las sesiones de musicoterapia?	Hoy yo creo que cuando cantamos la última canción no se escucharon espasmos, y lo más importante es aceptar mi condición para que la voz salga mejor.	Si mucho, y mi actitud más segura.	Si, por estar muy relajada.	En algunas oportunidades cuando estaba completamente relajada la voz, fluía bastante bien. En algunas sesiones me costaba y me estresaba, me bloqueaba y la voz se me entrecortaba más.

¿Notó algún cambio respecto a cómo ve la Disfonía espasmódica y el impacto de ésta en su vida diaria? (relaciones interpersonales)	El contar a compañeros que estoy en un curso de musicoterapia para personas disfonías en la Nacional me dio alegría que ya nos tengan en cuenta.	si cambio ya no me importa lo que piensa la gente de mi	Siento que aunque se me dificulta hablar puedo compartir y no es impedimento para relacionarme porque sé que no soy la única persona con esta condición.	Claro, me di cuenta que nos exigimos y nos juzgamos mucho y al escuchar las grabaciones me aterraba que la voz no salía tan mal, sino de muy buena calidad, dentro de nuestra condición.
¿Cree que la musicoterapia le ayudó a desarrollar herramientas de afrontamiento frente a situaciones angustiantes? ¿En qué forma?	El tocar "alegre" me servía para sacar la rabia y terminar como el instrumento, alegre.	Si me ayudo, pienso en que soy más que una voz temblorosa, y mi autoestima mejora.	Si ha sido de mucha ayuda porque me ayudó a entender muchas cosas. En la forma que debo estar tranquila y tomar la vida con calma.	Creo que sí, en que puedo tan sólo hacer un ritmo con mis manos o concentrarme en una respiración y tratar de sacar la voz más tranquila.
¿Cómo describe su relación con las demás participantes dentro de las sesiones? ¿Considera que el trabajo grupal facilita o limita el proceso?	Facilita y nosotras somos cariñosas y muy amigables. Todas: J. C., R. S., M. R. mis amigas.	Considero que creamos un lazo más allá de la terapia y eso es más especial las quiero mucho.	Yo pienso que facilita el proceso participar en grupo, y la relación fue muy bonita.	Nuestra relación excelente, somos una familia. Y nos apoyamos en todo momento. Considero que eso facilita el proceso.
¿Considera que sería mejor realizar un trabajo individual y personalizado?	No, es más enriquecedor el trabajo entre pares, más aportes, más chispa, más alegría.	No, me da mucha alegría conocer personas u que tengan mis condiciones médicas.	Yo considero que no, es muy bueno trabajar en grupo.	No, creo que es mejor en grupo. Porque cada participante aporta algo valioso que todos podemos aprender.
¿Recomendaría a otras personas con Disfonía espasmódica la asistencia a Musicoterapia? Si – NO ¿Por qué?	Si, fortalece la musicoterapia y permite sacar recuerdos, alegrías, tristezas, melancolías con el canto, al interpretar, al crear, al buscar que rime.	Claro, que sí, es desestresante, es sanación del alma y el espíritu.	Si la recomendaría porque ayuda mucho a perder el miedo a hablar en grupo y sentir seguridad.	Sí, porque es la oportunidad para darse un tiempo para uno, relajarse cantando, bailando creando ritmos, escribiendo anécdotas y decirlas de una manera diferente a la voz hablada.
¿Qué recomendaciones haría al programa de musicoterapia?	"gracias" por tener en cuenta esta enfermedad huérfana que necesita estudio, apoyo, acompañamiento.	Ninguna, las terapias fueron dirigidas muy profesionalmente y en el lugar adecuado.	Yo recomendaría que se pudiera más días. Estoy muy agradecida con la terapeuta por la paciencia que ha tenido con nosotras.	Creo que no tengo recomendaciones, tan sólo que quien lo haga, lo haga con empatía en todo momento y no por cumplir con un trabajo o por obtener un ingreso económico.

K. Anexo: Composiciones.

COMPOSICIÓN GRUPAL POR PARODIA, CANCIÓN “COLOR ESPERANZA” DE DIEGO TORRES.

EN BÚSQUEDA DE LA FELICIDAD
Autoras: Las Luchadoras

G B7 Em
Sé, tras tu armadura hay un ser especial,
Dm G7 C G
Que está cansado de luchar y luchar, de confrontar,
Am D
Siguiendo siempre en un lugar.
G B7 Em
Sé, que hay un guerrero que quiere vencer,
Dm G7 C
Que no se rinde ante la adversidad
G Am Am D
Para ganar, para triunfar y ser feliz al caminar.

Coro:
G D Em
Mi vida se ve cambiando por dentro,
C D
Soñando sanar, viviendo contento.
G D Em
Sembrando amor, en vez de violencia,
C D
Amando al prójimo con el corazón.
G D Em
Saber que podemos, confiar que lo haremos,
C D
Creer en nosotras que lo alcanzaremos,
G D Em
Alzar nuestras voces y que nos escuchen,
C D
Que nadie se ría por ser diferentes. (Bis canción)

COMPOSICIÓN INDIVIDUAL CANCIÓN PERSONAL

CANCIÓN PERSONAL
COMPOSICIÓN: M. R.

Mirando mi vida encontré una mujer
Con alma muy vieja
Y su voz también
Y su voz también.
Seré luchadora ¡uyy si!
Seré derrotada ¡uyy no!
Mirando mi vida no puedo exponer,
No puedo cantar, no puedo hablar.
Mirando mi Facebook si pude encontrar
La voz que me acepta.
Y me hace feliz
Y me hace feliz
Ya pude cantar ¡uyy si!
Ya pude hablar ¡uyy SI!
Mirando en la nacho encontré un salón
De una terapia que me cambiará.
Con Alma y con Julia ¡uyy sii!
Con Rosa y con Laura ¡uyy sii!

CANCIÓN PERSONAL
COMPOSITORA: J.C.

C
Un día sin pensar apareciste
F C
En mi vida y me sorprendiste.
C
Me pregunto una y otra vez
F
Que le sucede a mi voz
G C
¿Por qué a mí? ¿Por qué a mí?, ¿Por qué? ¿Por qué?
C
En mi paso por ésta condición,
F
Me consuela saber que no soy la única
G C
Pues he conocido grandes personas y
G
Eso es muy alentador y me da fuerza para insistir
F C
Y encontrar mi voz.
C F
Trato de aceptarme como soy y tener fe,

G C G C
El día llegará y aparecerá, sacar los miedos y no volver atrás.

C F
Confiar y esperar, soñar y cantar
G C
Voy a esperar, gritar, saltar, reír, volar.

CANCIÓN PERSONAL
COMPOSITORA: A. S.

D
Algo no anda bien
G D
Algo le pasa a mi voz.
G D
Si me da miedo es peor
A D
Pero el otorrino dice que no.

D
Tiene una voz cansada
G D
Era lo que decían
G D
Mientras que yo peleaba
A D
Frente al espejo y eso me servía.

Coro:
D G
Diagnostican hiato
A D
Diagnostican disfonía
G D
Pero Alma lo supera
A D
Con entusiasmo y alegría

D
Puedo hablar feíto,
G D
Y cantar desentonado
G D
Pero palabras lindas
A
Solo me salen
D
De mi boquita

D
Sueño con superarlo
G D
Y con la música
G D
Cantando y tocando
A D
El nervio vago se calmará

Coro:
D G
Diagnostican hiato
A D
Diagnostican disfonía
G D
Pero Alma lo supera
A D
Con entusiasmo y alegría (bis)

CANCIÓN PERSONAL
COMPOSITORA: R. S.

A D
Llegaste a mi vida sin llamarte,
A D
Y me cambiaste el mundo entero por completo.
A D
Me cuesta quererte y aceptarte,
A E A
Y sé que debo hacerlo por mi bien.

CORO

A D A
Quisiera que te fueras para siempre,
A7 D7
Que me dejaras libre ya,
A D
Tener tranquilidad al expresarme
A E A
Y en cambio me resigno más y más.

A D
Me permitiste conocer nuevas personas
A D
Pasando por la misma situación,
A D
La vida no es tan fácil vivirla
A E A
Pero hay que levantarse y ser feliz.

CORO…

Bibliografía

AESDE (2015). *Guía de información de la disfonía espasmódica para profesionales sanitarios.* Editorial ACCI. Madrid, España.

AROSON A. (1990). *Clinical Voice Disorders. An interdisciplinary approach*. Editorial Thieme. New York.

APA-ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V*. (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

BRUSCIA, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. Editorial Pax México. México. P.p. 134-147.

BRUSCIA, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia.* Editorial Agruparte. España. P.p. 385-411.

BUSTOS I. (2003) *La voz: la técnica y la expresión.* Editorial Paidotribo. Barcelona, España. P.p. 23-62.

CASADO J. C., ADRIÁN J. A. & col. (2002). *La evaluación clínica de la voz. Fundamentos médicos y logopédicos.* Ediciones Aljibe. Málaga, España. P.p. 23-35, 71-134.

CONSUEGRA N. (2010).Diccionario de psicología. Ecoe Ed. Bogotá, Colombia

CORREA, J. (2014). *Manual de análisis acústico del habla con PRAAT.* Imprenta patriótica. Instituto Caro y cuervo. Bogotá, Colombia. 130 pp.

CRUZ L., (2000). *La voz y el habla. Principios de educación y reeducación.* Editorial Universidad Estatal a Distancia. ISBN: 9977-64-838-7.

FERRARI, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica.* Editorial MTD ediciones. Buenos Aires, Argentina.

GIANCOLI D., (2006). Física. Principios con aplicaciones. Sexta edición. Editorial Pearson educación. México.

JACKSON, MENALDI (2002). *La voz patológica*. Editorial medica Panamericana. Argentina. P. 173.

JAUSET, J. (2011). *Música y neurociencia: La musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Editorial UOC. Barcelona, España. P.p. 28-90

LE HUCHE, F., ALLALI, A. (2003). *La voz. Tomo 1. Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y el habla.* 2° Edición: Masson, S.A. Madrid, España.

LE HUCHE, F., ALLALI, A. (2003). *La voz. Tomo 2. Patología vocal de origen funcional.* 2° Edición: Masson, S.A. Madrid, España. P.p. 153-167.

LICHTENSZTEJN, M. (2009). *Música y medicina: la aplicación especializada de la música en el área de la salud.* Ediciones Elemento. Buenos aires. P.p. 7, 11, 35.

MANNS FRESSE A. (2013). *Sistema estomatognático. Fundamentos clínicos de fisiología y patología funcional.* Editorial AMOICA. Venezuela. P.p. 617-621.

MOORE K., DALLEY A. (2007). *Anatomía con orientación clínica*. Quinta edición. Editorial Médica Panamericana.

PAPALIA D., WENDKOS S., DUSKIN R. (2010). *Desarrollo humano*. Undécima edición. Ed. McGrawHill. México.

PIELLIZARI P. (2005). *Salud, escucha y creatividad.* Ediciones Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. P. p. 246-249.

SHAPIRA D. & COL. (2007). *Musicoterapia: abordaje plurimodal*. ADIM ediciones. Argentina. P.p. 19-59, 151-164.

THAUT M., HOEMBERG V. (2014). Handbook neurologic music therapy. Oxford university press. Reino Unido.

THAUT M. H. (2005). *Rhythm, music, and the brain: scientific foundations and clinical applications.* New York: Routledge.

TULON C. (2000). *La voz: técnica vocal para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales.* 1° edición. Editorial Paidotribo. Barcelona, España.

VERDOLINI K. & COL. Editors. (2006). *Classification Manual for voice disorders-I.* ASHA. Lawrence Erlbaum Associates, Inc,. Publishers. New Jersey.

VOGEL D, CANNITO MP. (2001). *Treating Disordered Speech Motor Control*. Austin, Tex: Pro-Ed.

WALKER M., LÍBERA M., (2013). Vos y tu voz. Herramientas para docentes, estudiantes, locutores, actores, cantantes, sacerdotes, abogados, martilleros y profesionales que viven de su voz. Editorial DUNKEN. Buenos Aires, Argentina.

WIGRAM, T. & BAKER, F. (2005). *Songwriting-Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

REVISTAS-ARTÍCULOS

ADAMS SG, et al. (1996). *Effects of botulinum toxin type A injections on aerodynamic measures of spasmodic dysphonia.* Laryngoscope 1996; 106:296-300.

ANDERSEN, P. (1999). *Nonverbal communication: forms and fuctions*. Mountain View, California: Mayfield.

ARAGON, MORALES, MASSAZA, APONTE. (2016). *Tratamiento de la disfonía espástica con inyección de toxina botulínica.* Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial (ACORL) - See more at: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302/otorrino30202-artdisfonia/#sthash.xHFMDabj.dpuf

ÁVILA M., MORAL J. (2013). *El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por kübler-ross mediante las redes semánticas Naturales*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 109-130.

BARRACA, J. (2009). *Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación.* Revista clínica y Salud, Departamento de Psicología, Universidad Camilo José Cela. Vol. 20, n.° 2, 2009 – P.p. 109-117.

BATALLA F., et al. (2014). *Análisis acústico de la voz mediante el programa Praat: estudio comparativo con el programa Dr. Speech.* Acta de otorrinolaringología española. Acta Otorrinolaringol Esp. 2014; 65(3):170---176.

BRIN M, BLITZER A, STEWART C. (1998). *Botulinum toxin management of spasmodic dysphonia (laryngeal dystonia): a 12 year experience in more than 900 patients.* The American Laryngological. The Laryngoscope 1998; 98:193-7.

BIELAMOWICZ S, et al. (2001). *Assessment of posterior cricoarytenoid botulinum toxin injections in patients with abductor spasmodic dysphonia.* The Annals of Otology, Rhinology and Laryngology; 110:406-12

CANO, A. Y COLS. (2011). *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización.* Universidad Complutense de Madrid Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Información psicológica. nº 102, julio-diciembre 2011; P.p. 4-27.

ELHENDI, W. et al. (2012). *Medición de la discapacidad vocal en los pacientes con nódulos vocales.* Revista de investigación en Logopedia 2. 1-14. ISSN-2174-5218

ESCOBAR, F. et al. (2005). *Diagnóstico y tratamiento de la distonía aguda*. Acta Neurol Colomb Vol. 21 No. 4. Diciembre 2005.

FABRON, E. et al. (2013). *Medical treatment and speech therapy for spasmodic dysphonia: a literature review.* Rev. CEFAC. 2013 Mai-Jun; 15(3):713-724

GARCÍA-RÍO F. et al. (2013). Espirometría. Archivo de Bronconeumología. 49(9):388–401

GUZMÁN, M. (2009). *Cuidados de la voz e higiene vocal*. Artículo de divulgación científica en el área vocal.

GUZMÁN, M. (2010). *Evaluación funcional de la voz.* Artículo de divulgación científica en el área vocal

GIBBS R., BLITZER A. (2000). *Botulinum Toxin for Treatment of Spasmodic Dysphonia*. Ophtalm Clinics of N America 2000; 33(4):879-894

GOBL, C. CHASAIDE, A. (2003). *The role of voice quality in communicating emotion, mood and attitude.* Speech Communication, 40, 1-2, 189-212

GONZÁLEZ B., y col. (2006). *Índice de incapacidad voca: valores predictivos.* Acta Otorrinolaringol Esp 2006; 57: 101-108.

GUTIÉRREZ et al. (2006). Espirometría: manual de procedimientos. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. Sociedad chilena de enfermedades respiratorias. 23: 31-42

HAYES, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies*. Behavior Threapy, 35, 639-665.

JACOBSON, B.H., et al. (1997). *The Voice Handicap Index (VHI): development and validation.* American Journal of Speech Language Pathology, 6, 66-70.

MUÑOZ R. (2006). *Una reflexión filosófica sobre el arte*. THÉMATA. Revista de filosofía. Núm. 36. P.p. 236-254.

NÚÑEZ, F. ET AL. (2007). *Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español.* Acta Otorrinolaringol Esp. 2007; 58(9):386-92.

OMS–ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF. Versión en español.* Edita IMSERSO. España.

PALACIOS, S. JOSÉ I. (2001). *El concepto de musicoterapia a través de la historia*. Revista interuniversitaria de formación del profesorado N° 42[en línea]. P.P. 19-31. [Fecha de consulta: 6 de abril de 2017] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404203> ISSN 0213-8646

PASCUAL, (2006). *Estudio y tratamiento de las distonías en la infancia.* REV NEUROL 2006; 43 (Supl 1): S161-S168. Madrid, España.

PÉREZ, M. (2006). *La terapia de conducta de tercera generación.* Revista de psicología y psicopedagogía- EduPsykhé. Departamento de psicología, Universidad de Oviedo. 2006; Vol. 5, No. 2, 159-172

PINO, M. (2011). *Reflexiones sobre música y neurociencia.* Rev. Medicina y humanidades. Vol. III N° 3, 2011. [En línea]. P.p. [Fecha de consulta: 29 de abril de 2017] Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n3_2011/09_MUSICA_Y_NEUROCIENCIA.pdf

RAMOS, J., CANO A. (2008). *Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo.* Área Humana. Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría Universidad Complutense de Madrid. 2008, 14(2-3), 305-319

REY G., et al. (2005). *Disfonía Espasmódica y Toxina Botulínica.* Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología. 2005; Nº 5: 32-41

STEIN H. (2000). *El arte de cantar. Su dimensión cultural y pedagógica.* Revista Musical Chilena. Año LIV, Julio-Diciembre. 2000, N° 194, pp. 41-48.

TOMICIC A. et al. (2009). *La Voz como una Herramienta Psicoterapéutica: La perspectiva de los terapeutas.* Revista argentina de clínica psicológica. Vol. XVIII. P.p. 197-207.

VALLEJO J. C. (2013). *Determinación de valores normales para el análisis acústico de la voz*. Rev. Ac. Ec. ORL 2013; (9)1: 13-15.

VARGAS L., RAMÍREZ R. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales.* Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 138: 101-110 / 2012 (IV).

VILA-ROVIRA ET AL. (2011). *Indicadores fonorespiratorios de normalidad y patología en la clínica vocal. Revista de investigación en Logopedia 1*. 35-55.

WIGRAM, T. (2008). *Therapeutic Songwriting in Music Therapy. Part I: Who are the Therapists, Who are the Clients, and Why is Songwriting Used?.* Nordic Journal of Music Therapy. Vol. 17, 2008.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

National Spasmodic Dysphonia Association
https://www.dysphonia.org/images/upload/261_pdf_20110301074613_1/Spasmodic%20Dysphonia%20Overview%20Spanish.pdf

Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT)
http://www.wfmt.info/

American Speech–Language–Hearing Association.
http://www.asha.org/public/speech/disorders/Disfonia-Espasmodica/