Proyecto de Investigación para acreditarme en la Escuela de Psicoterapia Funcional
Abril - Octubre 2016.

”PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL E INDIVIDUAL DE PSICOTERAPIA FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN CON UTILIZACIÓN CORPORAL CON GESTOS MÁS JUSTOS PARA ACELERAR, FACILITAR Y LOGRAR EL PROCESO EN LA REHABILITACIÓN FÍSICA DE PACIENTES MÚSICOS CON DISTONIA FOCAL Y/O DOLOR CRÓNICO “.

POR

FT. SANDRA BEATRIZ ROMO FIGUEROA

EN COLABORACION:

DRA. IVANA MONZANI
PSIC. SENOVIA BAILÓN SANTAMARÍA
PSIC. BLANCA EUGENIA CERVANTES
FILOS. PLASENCIA DE LA PARRA

ESCUELA INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA FUNCIONAL
II GENERACIÓN
2015-2016

MARCO TEÓRICO.

Según la Dystonic Medical Research Foundation, la distonía es tanto el síntoma como el nombre de un grupo de enfermedades, precisamente denominadas Distonías. El síntoma o manifestación física consiste en permanentes contracciones involuntarias de los músculos de una o más partes del cuerpo.

En palabras de Joaquín Farías, la Distonía Focal del músico (DF) es “un trastorno del movimiento caracterizado por una pérdida del control motor voluntario en movimientos muy asimilados (gestos técnicos específicos automatizados)”. Se produce una contracción de músculos de mano y/ o antebrazo durante el acto de la ejecución musical que desaparece al abandonar el instrumento. La distonía focal que ocurre en instrumentistas de viento y que afecta a músculos de la cara se le conoce com distonía de embocadura, que representa un 14% de las distonías del músico, afectando la musculatura perioral, lingual y facial, lo que se traduce en movimientos no coordinados y un defectuoso control del flujo de aire sobre la boquilla del instrumento.

Actualmente, está reconocido que los artistas padecen problemas derivados de su ocupación y su estilo de vida. La constante demanda de perfección, los largos periodos de intensa práctica en posturas incómodas, la importante competencia, la inseguridad laboral y los altos niveles de angustia, son condicionantes que ponen a los músicos en una clara situación de riesgo para el desarrollo de problemas médicos. Ha sido documentado que la asociación de la memoria emocional y motora juega un importante rol en la preservación de los síntomas distónicos (24). Otros factores pueden influir también en el desarrollo de la alteración, incluyendo condiciones morfológicas y psicológicas. Numerosos trabajos señalaron la presencia influyente de factores psicológicos y psicosociales en la etiología de la alteración . La ansiedad se presenta ocasionalmente en sujetos con DF. Windgassen y Ludolph encontraron rasgos de personalidad depresiva, anancástica, sensible e histérica en 22 pacientes.
Asimismo, la realización del “Giessen Test” en estos mismos pacientes, demostró una inclinación hacia una naturaleza obsesiva. Al contrario, en un estudio de 22 pacientes con distonía focal, no se hallaron diferencias significativas en comparación a un grupo-control normal usando el “Crown-Crisp Experimental Index” (que evalúa rasgos y síntomas propios de neurosis o ansiedad). Es importante analizar el “Estudio de Hannover”, anteriormente citado, realizado por Altenmüller y Jabusch (2009) para comprender la relación entre los factores psicológicos y la aparición de la distonía en el músico. Los resultados demostraron que las condiciones psicológicas en músicos afectados de DF y de DC diferían de las de los músicos sanos. Mientras que los afectados de distonía presentaban tendencias altamente perfeccionistas, los que padecían de DC resultaron ser más sensibles o emocionales que el grupo-control. En su conjunto, podía observarse un cierto solapamiento entre las condiciones psicológicas de los músicos con DF y los que padecían DC. Aún así, los afectados de distonía mostraban un patrón de perfeccionismo exacerbado, tendencia a la fobia social y fobias específicas que no se observó en músicos sanos o en aquellos que sufrían dolor crónico.

Síntomas

De acuerdo con un estudio retrospectivo realizado en España que incluyó 86 casos, el primer síntoma referido por los músicos fue descrito como:

Descontrol de los movimientos manuales durante la ejecución (40,7%).
Enlentecimiento digital (37,2%).
Tensión o rigidez en mano o antebrazo (9,3%).
Debilidad de la mano (7%).
Temblor digital (2,3%).
Dolor (2,3%).

Causas y factores de riesgo

Las causas de la DF se desconocen, pero suele aparecer en personas que realizan movimientos de alta precisión. No hay que olvidar que los movimientos tan finos y complejos que realizan los músicos son comparables a los de los deportistas de élite. De alguna manera, ambos ponen al límite el Sistema Nervioso Central desde el punto de vista del control motor.

Se manifiesta normalmente en músicos con un nivel alto y que llevan muchos años tocando y frecuentemente se desencadena en contextos de estrés, ansiedad o estudio obsesivo del instrumento. Aunque puede haber condicionantes genéticos, anatómicos o fisiológicos, la realidad es que aún queda mucho por conocer.

Diagnóstico

La DF es una enfermedad de la que se conoce poco y sobre la que se continúa investigando. De hecho, aunque hoy se sabe que es un trastorno neurológico, durante muchos años se consideró como un trastorno psiquiátrico. La razón era que, si bien el músico no puede realizar un movimiento tocando el instrumento, sí que puede fuera de él. No es claro si el daño es en en el Sistema Nervioso Central o en el Periférico, y tampoco si la alteración vías piramidales o extrapiramidales. La RMC (Resonancia Magnética Computarizada) está indicada únicamente para descartar alguna otra afección, como Parkinson o la presencia de un tumor. El diagnóstico diferencial incluye dedo en gatillo, tremor esencial y pseudodistonia focal, que en realidad tiene un componente neuropático con la misma sintomatología, y que se comprueba bajo electromiografía.

La distonía focal es una alteración que guarda estrecha relación con los síndromes de sobreuso y su aparición está propiciada por un trabajo intenso de repetición. Dado que la práctica musical precisa de un importante entrenamiento psicomotor, es clara la relación entre la actividad musical y la aparición de problemas tales como esta patología.

Las pautas de tratamiento propuestas habitualmente tienen poca incidencia sobre la evolución de la alteración, pero cada vez, y gracias a la especialización de una parte de la medicina en este tipo de problemas, se están consiguiendo más resultados. Para un correcto diagnóstico, han de tomarse en consideración diversos factores, tanto intrínsecos (psicológicos y motores) como extrínsecos (ambientales). Ha de tenerse en cuenta también aquellos elementos que afecten sobre la prevalencia de la distonía, tales como patrones técnicos incorrectos o posturas anómalas,
enfocando el tratamiento hacia una reestructuración, no sólo cortical, sino de cambio de estrategia en el entrenamiento del ejercicio musical.

Fisiopatologia

Fisiopatológicamente la distonía se caracteriza por una co-contraccion de músculos antagonistas. Estudios neurofisiológicos y de imagen funcional han evidenciado que existe una alteración funcional de los ganglios basales que modifican los patrones de descarga del pálido al tálamo y a neuronas tálamo corticales creando un desequilibrio entre neuronas excitadoras y inhibidoras en la corteza motora. La disminución de la inhibición intracortical provoca una hiperexcitabilidad y una reorganización del cortex motor. La reorganización cortical conlleva una ampliación de la representación cortical de diferentes músculos y el solapamiento de la representación cortical de músculos vecinos, lo que explica el fenómeno de overflow y la co-contracción de músculos antagonistas. Gracias al aporte de estudios neurofisiológicos y de neuroimágenes funcionales, existe una creciente evidencia de alteraciones en el procesamiento de información sensorial, integración sensorio-motora, procesos corticales y subcorticales de inhibición, así como también la influencia de estímulos sensitivos en la excitabilidad cortical asociados a esta patología. Un cambio crónico en las aferencias sensitivas, como la producida por la repetición excesiva de un movimiento, también contribuye a la reorganización cortical que finalmente produce la distonía.

Tratamiento

1. **Tratamiento farmacológico:** Trihexifenidilo las dosis utilizadas varían de una serie a otra (rangos de 1mg a 30mg diarios). Los resultados son poco alentadores, reportándose mejoría en solo el 33% de los pacientes. Se han utilizad otros anticolinérgicos, sin mejores resultados

2. **Toxina Botulínica.** Muy pequeñas cantidades de esta conocida toxina se pueden inyectar en los músculos afectados para proporcionar el alivio temporal de distonías focales. La toxina detiene los espasmos musculares, bloqueando la liberación del neurotransmisor excitatorio acetilcolina. El efecto dura varios meses antes de que sea necesario repetir las inyecciones. La desventaja es que muchas veces no es precisa la dosis, ni la localización de los músculos que se quieren inhibir, pudiendo tener efectos indeseados.

3. **Programas de rehabilitación basados en la reeducación:** Rehabilitación mediante fisioterapia basada en rectificar posturas anormales y movimientos afectados usando estiramientos, órtesis desmontables y ejercicios específicos que incluyen todo el cuerpo, no sólo la zona afectada. Programas de rehabilitación basados en la ejecución con movimiento ralentizado y estimulación de la propiocepción.

La mayoría de los autores coincide en las ventajas de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la distonía del músico, incluyendo la participación de un neurólogo y un fisioterapeuta, además de un abordaje psicoterapéutico.

Mi experiencia profesional:

A lo largo de 8 años han acudido a mi más de 50 músicos con el síntoma principal de "alteración de movimiento", nombre que prefiero usar para referirme a la DF y pseudodistonía. El tratamiento de fisioterapia conservador, a través de medios físicos no ha marcado un diferencial, según mis propios pacientes y la misma literatura, por lo que el tratamiento por el que he optado es el de la reprogramación sensorimotora, no solo del lugar de la lesión, sino considerando todo el cuerpo. Al tratar con personas que padecen DF, me he encontrado con grandes incógnitas, ¿se puede prevenir? ¿se puede pronosticar la recuperación según el grado de severidad? ¿qué tanto influye el estado anímico para la recuperación? ¿la obsesión de estudiar "hasta que me salga" antecede la problemática o es consecuencia y está disfrazada por una alteración en la integración sensorial?. También he encontrado respuestas, como similitudes en déficits de la "arquitectura de la mano, o de la cara", maneras de estimular la neuroplasticidad cerebral para restablecer el movimiento. La idea de hacer la especialidad en Psicoterapia Funcional, devino de una búsqueda de profundizar en la relación mente-cuerpo-emociones y precisamente en la DF me topaba con grandes avances y logros por parte de mis pacientes que resultaba para muchos de ellos por momentos geniales, y por momentos poco satisfactorios, siendo susceptibles a abandonar el tratamiento. Desde el principio, he tenido "altas terapéuticas" con testimonios de "ahora soy no sólo un mejor músico sino una mejor persona", pero el índice había sido bajo, por sostener en economía, tiempo y ánimo a una terapia semanal por largos períodos (de 7 meses a dos o 3 años). Durante esta línea terapéutica que llevé a cabo de manera individual (es decir, sin ser interdisciplinaria), concluiría que la "actitud" sí importa para una pronta y óptima recuperación. Por ello, a partir de entrar a la especialidad, hablo abiertamente con mis pacientes, de que para "evitarnos" la frustración, la clave está en entrar a un proceso de psicoterapia, siendo indispensable para poder entrar a mi tratamiento.

Los pacientes músicos con DC, suelen cursar por obsesión de fijar el dolor como un foco de atención que puede resultar disfuncional para realizar sus actividades y para sus relaciones, lo que los puede volver dependientes a la fisioterapia, e incluso a buscar diferentes tratamientos y a solapar la ambivalencia de "te amo" pero te "odio" porque me duele tocarte (refiriéndome al instrumento).

Muchos suelen cursar por depresión, y normalmente regresar a tocar puede ser complejo por el grado de miedo e inseguridad a recaídas. Las lesiones más frecuentes son las tendinopatías, el síndrome por sobreuso y las neuropatías.

El sistema musical en el que se desenvuelven pacientes con DF y DC, en su gran mayoría implica una gran competencia entre compañeros, sobre exigencia por parte de maestros y autoexigencia, limitaciones hacia la música libre y por el placer de moverse, pues muchas veces se

encierran en “tecnicismos” y paradigmas que limitan las posibilidades creativas y artísticas. Todo esto con la intención de un mejoramiento (perfeccionismo) del nivel profesional donde, aún se espera que sean concertistas si estudian 8 horas al día por muchos años.

Algunos músicos con DF me han comentado que en estados de “ebriedad” han podido tocar, y que algunos conocen a músicos que ya son alcohólicos por el mismo motivo. También han habido casos de músicos que se han suicidado por no encontrar la cura de este desorden.

El tema social, subrayo, es de trascendencia al ser aún una patología que no sale del closet y de la cuál pocos profesionistas de la salud conocen.

HIPÓTESIS

Un programa de tratamiento individual y grupal que contemple kinesiología* y Psicoterapia Funcional acelera, facilita y logra la rehabilitación de pacientes músicos que padecen DF y DC

Kinesiología: Siendo Fisioterapeuta, no me acomoda el término de aplicar “fisioterapia”, al no usar agentes físicos. La kinesiología es el estudio del movimiento y para fines de estudio, engloba “la rehabilitación de utilización corporal de gestos más justos, gimnasia cerebral, integración sensorial, consciencia corporal, integración de biomecánica y anatomía vivencial”.

OBJETIVO

Demostrar el impacto que brinda, disminuyendo o eliminando los síntomas de pacientes con DF y DC, una terapéutica integral que contemple procesos individuales y grupales de kinesiología y psicoterapia funcional, a través de la intervención de un equipo interdisciplinario.

METODOLOGÍA:

Se realizaron dos diagnósticos individuales, uno de kinesiología elaborada por Ft Sandra Romo y otro de Psicoterapia Funcional con base a la entrevista diagnóstica Funcional del Dr. Rispoli, elaborada por la Dra. Ivana Monzani.

El programa lo titulé: “Sanemos juntos: Función movimiento” y tenía como intención original abordar terapéuticamente a pacientes con DF. Se llevó a cabo una primer reunión en abril para informar e invitar a participar a los pacientes que conocía de DF. Dentro del encuadre,

pedimos compromiso de asistencia dentro del programa, y la mayoría no entró por no poderse comprometer al 100%, y/o por no quedarles el día o la hora y/o por cuestiones económicas. Únicamente había dos candidatas del sexo femenino. Por dichos motivos, fue que se decidió invitar a pacientes con DC.

El grupo experimental fueron participantes que fueron valorados tanto por la Dra. Ivana Monzani (psicoterapia funcional) com por Ft. Sandra Romo (kinesiología), y acudieron a las sesiones correspondientes individuales y grupales (talleres). El grupo control, está conformado por participantes que si tomaron las sesiones grupales y, que por decisión propia no participaron en el esquema completo, faltando ya fuera a la sesión individual de kinesiología o a la sesión individual de psicoterapia.

Criterios de Inclusión:
* Ser músicos
* Ambos sexos
* Diagnóstico de DF o DC
* Pacientes de Fig health que cuentan con Firma de Consentimiento informado
* Firmar Carta Compromiso del programa (Anexo 1).
* Participar en las sesiones grupales (talleres kinesiología y psicoterapia funcional)

Criterios de exclusión:
* Que llevaran paralelo otro tratamiento
* No les quedara día / hora / no se quisieron comprometerse

Criterios de eliminación:
* No quisieran firmar la carta compromiso
* Firmaron la carta compromiso, pero dejaron de asistir al los talleres.

El programa duró 6 meses e involucró sesiones individuales y talleres grupales de kinesiología y psicoterapia funcional. Se les entregó un calendario a los participantes y se definieron 2 grupos (Anexo 2).

Los talleres de Psicoterapia Funcional fueron elaborados por la Dra Ivana Monzani, después de determinar los hilos rojos de manera interdisciplinaria con los demás colaboradores del estudio y con los datos que arrojaron las entrevistas, se definieron tres etapas, inicial, media y final, con duración de 2 meses cada una para reconstruir las EBS (Experiencias Básicas del Self) alteradas (Fig 1 y Fig 2).

Inicio	Medio	Final
Valoración	Contensión	Perder el control
Contacto	Mostrarse	Mostrarse

Inicio	Medio	Final
Abrirse	Juego	Autovaloración
Soltar	Pedir	Abrirse (sobre todo la visión / panorama)
Sensaciones	Tomar	
Percepción	Cambiar al otro	
Valoración	Mostrar la imperfección	
Contacto (poco)	Juego y perder el control	
Confiar	Vitalidad	
Abandonarse a		

Figura 1. EBS alteradas y plan de trabajo para los 6 meses, distribuidos en 3 etapas.

Características en común
Personas muy capaces, muy inteligentes
Perfeccionistas
Autovaloración baja
Falta de disfrute, gozo, placer
Autoexigencia
Control exagerado
Falta de integración de los diferentes planos: Visión limitada /parcializada (solo existe el instrumento, su vida es la música, no creen tener un problema)
Muy racionales

Características en común
Percepeción de la realidad alterada: Intolerantes y suceptibles a observaciones / actitudes de los terapeutas (“pincitas”.
Pensamientos obsesivos /repetittivos /frecuentes. Aclarar que en funcional no usamos etiquetas o categori
Depresión
Ansiedad
Falta de movilidad en todos los planos: los lleva a posturas rígidas
Pocas alianzas
Aislados

Fig 2. Características generales encontradas en los 18 entrevistados de Psicoterapia Funcional.

Para elaborar el programa de kinesiología, hice una valoración exhaustiva de cada participante. Para los pacientes de DC ya se contaba con expediente clínico, estudios complementarios y examen postural y para los pacientes con DF se hizo una valoración con duración de 3 horas que involucró historia clínica detallada, exploración física con pruebas específicas, examen postural, fotografías y videos tocando el instrumento y de ciertas pruebas neurológicas. Con los datos arrojados definí los 12 talleres que contemplaron consciencia y utilización corporal, anatomía y biomecánica vivencial, gimnasia cerebral, integración sensorial, propiocepción, fuerza, coordinación, el estudio inteligente, nuevos hábitos de estudio, y neuroplasticidad cerebral.

RESULTADOS:

* Fueron valorados 22 pacientes, de los cuales 18 tuvieron ambas entrevistas y 4 no tuvieron valoración de psicoterapia funcional (Fig. 3).
* De los 22 participantes iniciales, decidieron no entrar al programa 6 personas (por las mismas razones antes descritas), 5 fueron eliminados y 11 concluyeron satisfactoriamente el programa. De esos 11, 7 representaron al grupo experimental y 4 al grupo control (Fig 4).
* De los 11 pacientes incluidos en el programa, 5 eran de DC y 6 DF.
* El grupo 1 era conformado por 5 participantes, de los cuales 1 representaba DC y los otros 4 DF, no había mujeres en este grupo.
* Del grupo 2, 4 tenían DC y 2 DF, hubo dos mujeres.

Fig 4. Distribución de la Población de los 22 pacientes.

Paciente	Psicoterapia individual	Kinesiología Individual	Talleres	Inclusión	Exclusión	Eliminación	Control	Experimental	Grupo
R	x	x	x	x				x	1
E		x	x	x			x		1
M	x		x	x			x		1
JM	x	x	x	x				x	1
L	x		x	x			x		1
O	x	x	x	x				x	2
A	x	x	x	x				x	2
I	x	x	x	x				x	2
J	x	x	x	x				x	2
P	x	x	x	x				x	2
AL		x	x	x			x		2
X	x		x			x	N/A	N/A	N/A
RO		x	x			x	N/A	N/A	N/A
ED	x	x	x			x	N/A	N/A	N/A
FL	x	x	x			x	N/A	N/A	N/A
H	x		x			x	N/A	N/A	N/A
B	x	x			x		N/A	N/A	N/A
JJ	x	x			x		N/A	N/A	N/A
IG		x			x		N/A	N/A	N/A
D	x	x			x		N/A	N/A	N/A
FF	x				x		N/A	N/A	N/A

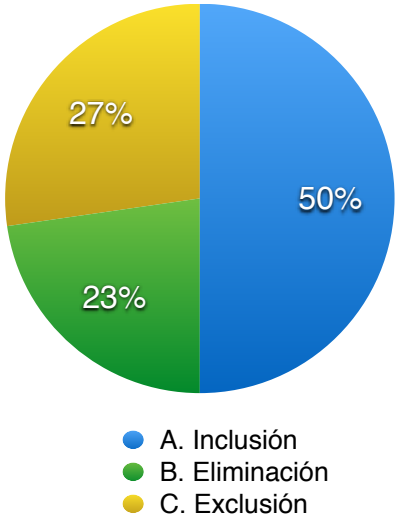

Fig 3

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las particularidades más importantes de cada paciente que participó en el programa.

Paciente	DC	DF	Posibilidad de cambio	Situación emocional inicial	Situación emocional final	¿Podía tocar?	¿Regresó al instrumento?	¿Sientes que puedes tocar plenamente? ¿Qué te faltaría?
R		Severo (antecedente de distonia en la mano derecha como baterista, tx con cirugía, no mejoró y fue que cambió a la mano izquierda y se volvió flautista, luego vino el problema en la izquierda. No quiso rehabilitar la derecha, ni retomar bateria.	Si	Sí, Reservado Deprimido, Frustrado	Hartazgo de aguantarse, muy ansioso, "harto de que mi opinión no sirva, como no sirva mi mano"	Más consciente de sus malestares corporales. Le costó mucho trabajo el trabajo grupal y hubo resistencia a ver hacia dentro. Al fina aceptó que sí había un problema.	No.	Sí. Ahora siente que si no le sale es por el tiempo que no le dedicó al instrumento y no por la distonía.
E		Moderado	Si	Mucho cansancio, desánimo.		Sí, pero no a nivel de retomar su lugar en la Orquesta	Sí. Aún falta seguridad, autoafirmación	SI, no cansarme tanto, regresar a la orquesta laboralmente
M		Leve	Si	Siempre tratando de llenar las expectativas de los demás. Se sentía muy presionado. medio	Experimenta mucho más bienestar	Sí, pero no se sentía al 100% y quedaba pendiente su alta.	Ganó tercer lugar de concurso internacional	Estudio Fisioterapia, ahora debo administrar bien mis horarios. Pedí mi alta terapéutica porque me siento bien
JM		Severo	Si	Se sentía constantmente abrumado, fatigado y desplomado	Muy motivado. Con mayor confianza y seguridad. Logró resolver el origen (nudo) emocional	No. Ocurría desde que se posicionaba.	Sí	Si. Aún faltan detalles, pero ahora siento que puedo hacer cosas que incluso antes de la distonia no podía.
L	En tórax, espalda, cuello, diagrafma. Dificultad para cantar.		Si	Dificultad con el contacto (incomodidad), se juzgaba mucho y no se sentía libre. Pensamientos obsesivos, dificultad para disminuir razocinio.		Sí cantaba, pero con mucha dificultad	Sí, se ha sentido mucho mejor	Si, siento que me falta práctica, ahora disfruto nuevamente cantar y ya no tengo los dolores de antes.

Paciente	DC	DF	Posibilidad de cambio	Situación emocional inicial	Situación emocional final	¿Podía tocar?	¿Regresó al instrumento?	¿Sientes que puedes tocar plenamente? ¿Qué te faltaría?
O		Leve	Si	Frustrado por no poder tocar	Más tranquilo, positivo, alegre, está tocando con mayor placer, siendo más creativo.	No y no podía titularse	Sí. Está en vías de hacer su examen de titulación. También toca stick y lo disfruta mucho	Ahora considero que las música tiene más caras que la de solo tocar. Aún no estoy al 100% y sigo en proceso de reconciliación con la guitarra
A	muñecas, tobillos, cuello y espalda por hiperlaxitud ligamentria		Si	Desorganizada en tiempos. Preocupada, abrumada.		No, por dolor.	Sí	Sí. Después de no tocar por año y medio, ahora disfruto más tocar bajo y el dolor es mucho más controlado
I		Severo	Si	Sentirse sola, desprotegida	Autovaloración, amor, seguridad en sí misma, Más tranquila.	No. El descontrol ocurría desde que se posicionaba	Sí	Se junta con dos miembros más del programa y están tocando actualmente en oquesta
J	falta de reconocimiento de sus sensaciones y emociones		Si, reservado	Interesado en mejorar musicalmente	Más consciente, abierto, mejoró la percepción, aún falta	Sí	No lo había dejado. Ahora lo disfruta más.	Si. Aunque todavía no se si lo esté haciendo bien. Dudo de mi mismo, pero tengo más confianza que antes.
P	Si brazos y estomago		Si	Depresión, angustia, mucha dependencia	Se quitó el miedo a no curarse. Mejoró síntomas. Más positivo.	No, porque a los minutos de empezar a tocar comenzaba el dolor y el cansancio. Miedo a recaídas.	Sí.	Abrió su academia de música de forma independiente Aún dolor, pero en menor intensidad y frecuencia de aparación.
AL	Si, espalda, cuello, antebrazo izquierdo		Si	Con ganas de conocer más su cuerpo y conocerse a sí mismo más profundo	Más seguridad para tocar, con mayor disfrute, motivado a poner su escuela.	Si, aunque sentía que no avanzaba por cuando tenía periodos de dolor	Sí	Sí. Ya no tengo los dolores de antes, ahora toco por placer, lo disfruto más y estoy pudiendo hacer cosas que antes no podía.

La manera de evaluar los resultados fue subjetiva cuantitativamente, ya que es difícil medir el porcentaje de recuperación. Sin embargo, para el cierre de los talleres, se les pidió un escrito donde contaban los cambios ocurridos a lo largo de los 6 meses. Sólo un participante, del grupo 1, opinó que no le sirvieron los talleres grupales, y si la sesión individual. Todos los demás participantes notaron cambios considerables

en su sintomatología, sintiéndose mucho más seguros a la hora de tocar. Todos los participantes regresaron a la práctica de su instrumento con una actitud mucho más suelta, tranquila y optimista. La empatía y unión por parte de los participantes fue evidente, e incluso tuvieron reuniones extemporáneas.

A continuación, se hace un breve resumen de las observaciones de los terapeutas y de los pacientes a lo largo del programa

¡	Observaciones terapeuta	Cambios que refiera el paciente
INICIO (0 al 2 mes)	* Cambios en la expresión facial, de ojos apagados y cerrados a más abiertos y brillantes, piel más luminosa * Postura rígida, cerrada * Poca verbalización * Pocos movimientos * Movimientos cortos	* Hacen consciencia de otras partes del cuerpo, de zonas incómodas o con tensiones que antes no reconocidas o conscientes (diferentes a las de la lesión) * Se dieron cuenta de su postura y su función simbólica * Empatía entre los participantes de verse reflejados.
MEDIO (2 al 4 mes)	* Dificultad para perder el control * Deserción de algunos pacientes * Más alianzas entre los participantes. Convivencias extraordinarias	* Mejor ánimo * Menor preocupación * Mayor facilidad para expresar lo que sienten
FINAL (5 al 6 mes)	* Expresión facial: Más sonrientes * Abren más la voz * Mayor alianza entre los participantes * Comunican mejor lo que sienten * Mayor consciencia corporal * Se dan cuenta de la relación de sus síntomas con sus emociones	* Tranquilidad * Experimentan mayor disfrute no solo con el instrumento, sino en sus vidas. * Disminuyeron la parte racional y conectaron más con las emociones * Disfrute del contacto físico con la gente. * Reducción/anulación de los síntomas * Menor miedo, inseguridad a equivocarse, a perder el control * Mayor seguridad para tocar

CONCLUSIONES:

Podemos considerar que este fue un estudio piloto que podemos mejorar por la implicación e impacto que puede tener en la sintomatología en pacientes músicos con DC y DF. Es un estudio de trascendencia al haber logrado el objetivo y confirmado la hipótesis de que “Un programa de tratamiento individual y grupal que contemple kinesiología* y Psicoterapia Funcional acelera, facilita y logra la rehabilitación de pacientes músicos que padecen DF y DC”.

Haciendo una análisis, nos encontramos aún con aspectos que podemos mejorar, sobre todo en poder medir de manera más delimitada y objetiva los resultados, probablemente con “respuestas” menos abiertas y más direccionadas sobre sus avances o no avances.

Druante los talleres el grupo 2 se percibió más colaborador y fluido. Fue notorio que el grupo 1 requirió del apoyo del sexo femenino y de pacientes con DC.

Para el Dr. Rispoli la alteración del tono muscular implica una relación con el SOSTENER independientemente del tipo de movimiento y de la amplitud que se requiera y para la capacidad de acción y de movimiento es necesario que existan procesos de excitación en especial aquellos ligados al placer de todo tipo. La Psicoterapia Funcional toma en cuenta los 4 planos: simbólico-cognitivo, emocional, fisiológico, mecano-postural, siendo una terapia reestructurante, integrativa, amorosa (nada confrontativa), y al haber un diagnóstico previo, se pueden esclarecer cuáles son las EBS

La kinesiología puede estar limitada si la actitud del paciente es la de no reconocer que se tiene un problema y que hay que abrazar la sombra. La frustración por parte del terapeuta y de paciente pueden disminuir notoriamente. Los pacientes fueron dados de alta en su mayoría y pretendemos continuar con el programa para tener un mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA:

* Arangúiz R., Chana Cuevas, P., et al., “Focal dystonia in musicians”, Elsevier, Neurología, Vol. 26, Número 1. 2011.
* Koen de Vicente Ketele, “La distonía focal en el músico. Aproximación a la clínica de la patología”, artículo publicado en eFisioterapia.net
* Rispoli, L., “Experiencia de Base y Desarrollo del Self: El desarrollo evolutivo de la Psicoterapia Funcional”.

ANEXO 1

ANEXO 2