



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2020/2021  
Convocatoria Junio



**Modalidad:** Diseño de una propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de intervención para un caso de distonía focal del músico

**Autor:** Joan Puigcerver Navascuez

**Tutor:** José Antonio Piqueras Rodríguez

Fecha: Elche, 13 de mayo de 2021

## Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método .....	7
3.1. Participante.....	7
3.2. Variables e Instrumentos .....	7
3.3. Procedimiento.....	8
4. Resultados de la evaluación.....	9
4.1. Formulación clínica del caso: Análisis Funcional.....	9
4.2. Medidas psicométricas.....	11
4.3. Diagnóstico categorial.....	11
5. Propuesta de Intervención.....	12
6. Discusión.....	21
7. Bibliografía .....	22
8. ANEXOS .....	26
1. Historia personal. Cuestionario biográfico (Basada en Pastor y Sevillá, 1995).....	26
2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	31
3. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E.A.D.G.).....	37
4. Hoja de Autorregistro A-B-C .....	38
5. Autorregistro de pensamientos automáticos .....	38
6. Escala SUDS .....	39
7. Jerarquía de estímulos aversivos.....	39

## 1. Resumen

La distonía focal del músico es un desorden motor caracterizado por contracciones musculares involuntarias sostenidas que interfieren con el control motor voluntario durante la ejecución de un instrumento musical. El músico suele presentar estrés por la pérdida del desempeño práctico y el alejamiento de la comunidad profesional como consecuencia de un tratamiento prolongado. Los tratamientos para este trastorno se basan fundamentalmente en el reentrenamiento pedagógico, cuya finalidad es la de crear nuevos hábitos de ejecución musical. Sin embargo, diversos autores señalan que la terapia psicológica tiene un papel fundamental en la recuperación de las personas con esta condición, aunque los tratamientos psicológicos aplicados a esta área son en realidad escasos. Por tanto, en este estudio sobre un caso de distonía focal de la embocadura se realiza una evaluación a través de un análisis funcional y una propuesta de intervención desde un enfoque psicológico, cuyo objetivo terapéutico es mitigar y reducir la sintomatología característica de los trastornos de depresión y ansiedad, los cuales son fruto de las consecuencias del diagnóstico de distonía focal de la embocadura. Para ello, se aplican tratamientos psicológicos para este trastorno con la intención de que pudieran contribuir a la recuperación parcial o total del problema principal.

**Palabras clave:** Distonía focal; música; análisis funcional; tratamiento; psicología

### Abstract

Musician's focal dystonia is a motor disorder characterized by sustained involuntary muscle contractions that interfere with voluntary motor control during the playing of a musical instrument. The musician is often stressed by the loss of practical performance and withdrawal from the professional community as a result of prolonged treatment. The treatments for this disorder are mainly based on pedagogical retraining, the purpose of which is to create new musical performance habits. However, several authors point out that psychological therapy has a fundamental role in the recovery of people with this condition, although psychological treatments applied to this area are actually scarce. Therefore, in this study on a case of focal embouchure dystonia, an evaluation is made through a functional analysis and an intervention proposal from a psychological approach, whose therapeutic objective is to mitigate and reduce the characteristic symptomatology of depression and anxiety disorders, which are the result of the consequences of the diagnosis of focal embouchure dystonia. For this purpose, psychological treatments for this disorder are applied with the intention that they could contribute to the partial or total recovery of the main problem.

**Key words:** Focal dystonia; music; functional analysis; treatment; psychology.

## 2. Introducción

La distonía es un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares sostenidas o intermitentes que causan movimientos, posturas o movimientos anormales (Albanese et al, 2013; Jankovic & Ashoori, 2008; Stahl & Frucht, 2017). El origen de este concepto data de 1911, cuando Hermann Oppenheim utilizó por primera vez el término distonía para referirse a un comportamiento anormal del tono muscular, el cual se encontraba en ocasiones hipotónico y en otras en forma de espasmo muscular tónico, tanto voluntaria como involuntariamente (Oppenheim, 1911). Por otra parte, en el apartado de diagnóstico diferencial del trastorno de tics del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, se define la distonía como una contractura sostenida y simultánea de músculos agonistas y antagonistas que da lugar a una postura distorsionada o a movimientos distorsionados de partes del cuerpo (DSM; American Psychiatric Association, 2013). Además, se añade que estas posturas distónicas no se observan durante el sueño y suelen ser desencadenadas por intentos de realizar movimientos voluntarios.

La distonía puede tener diferentes etiologías y presentarse con diferentes fenotipos (Quartarone & Ruge, 2018). En esta línea, en un estudio de Albanese et al. (2013) se diferenció entre varios tipos de distonía en función de su distribución y manifestación en el cuerpo, pudiendo tener lugar en forma de hemidistonías, distonías segmentales, multifocales, generalizadas o distonías focales. En referencia a esta última e incluyéndose dentro de esta tipología, puede darse una distonía focal específica de tareas aisladas, la cual afecta selectivamente al control fino de los comportamientos motores hábiles y orientados a objetivos, como la escritura y el habla (Bianchi, Fuertinger, Huddleston, Frucht & Simonyan, 2019). Se trata de una distonía focal debido a que los movimientos distónicos pueden ocurrir durante la realización de una tarea específica como hacer deporte o tocar un instrumento musical (Frucht, 2009). En relación a esto, existe una definición consensuada sobre esta tipología que afecta a la población de músicos.

La distonía focal del músico es un desorden motor que consiste en contracciones musculares involuntarias sostenidas que interfieren con el control motor voluntario durante la ejecución de un instrumento musical (Ioannou, Furuya, & Altenmüller, 2016; Konczak & Abbruzzese, 2013; Rozansky, Rehfues, Bötzel & Nowak, 2015; Schuele, Jabusch, Lederman & Altenmüller, 2005; Schmidt, et al., 2009; Sussman, 2015; Zosso & Schoeb, 2012). Esta condición afecta gravemente a la capacidad de ejecución de los altamente capacitados movimientos que se necesitan para tocar un instrumento (Lee, Eich, Ioannou & Altenmüller, 2015; Murgai & Jog, 2020). Por esta razón, los músicos con esta condición se quejan de la pérdida del control voluntario de las manos o la embocadura cuando tocan el instrumento (Lie-Nemeth, 2006).

Una de las características de este desorden es que aparece única y exclusivamente durante la práctica musical. A este respecto, en un estudio realizado por Hofmann, Grossbach, Hermsdörfer y Altenmüller (2015) se demostró que pacientes con distonía focal del músico fueron capaces de realizar tareas motoras finas sin presentar déficits, mientras que si tocaban su instrumento sí que aparecían las contracciones motoras involuntarias. Por otro lado, diferentes autores señalan que la prevalencia de este desorden motor es del 1% en la población de músicos profesionales (Mitchell, Urbanawiz & Morgan, 2020; Rozansky et al., 2015; Sussman, 2015; Tanabe, Mikawa, Kondo & Ikuta, 2019). Además, los hombres se ven afectados cuatro veces más que las mujeres (Frucht, 2019; Stahl & Frucht, 2017).

La distonía focal del músico puede ser clasificada según la tarea específicamente implicada. En los violinistas o pianistas puede afectar al control voluntario de los movimientos de los dedos, manos o brazos, dando lugar a bloqueos o espasmos musculares involuntarios en esas áreas, mientras que en los instrumentistas de viento puede ocurrir además en la zona orofacial, donde se ven implicados los labios, lengua, músculos faciales, músculos cervicales y respiración (Altenmüller, 2010; Altenmüller & Jabusch, 2009). Así, la distonía de la embocadura es una distonía focal específica de la tarea en los músicos profesionales de viento que conduce a posturas o espasmos musculares anormales en regiones orofaciales durante la actuación (Mantel et al., 2020). Como consecuencia, estas personas necesitan desarrollar movimientos alternativos utilizando articulaciones y músculos que normalmente no se utilizarían para ejecutar la tarea, lo cual se denomina fenómeno de compensación (Leijnse, Hallett & Sonneveld, 2014). Según Lie-Nemeth (2006), se sugiere que esta compensación puede provocar cambios en los programas motores corticales.

Los factores de riesgo que conducen a desarrollar distonía focal del músico son múltiples. Al igual que otras formas de distonía focal, la del músico se asocia a déficits somatosensoriales y a una menor precisión de la percepción propioceptiva (Konczak & Abbruzzese, 2013). Algunos estudios han esbozado una función sensorial-motora cortical anormal durante las tareas sensoriales/motoras y en el estado de reposo, así como una estructura sensorial-motora cortical anormal (Bianchi et al., 2019; Mantel et al., 2020). Los estudios epidemiológicos también sugieren un posible componente hereditario del 10% de los pacientes con distonía focal del músico (Altenmüller, 2003; Schmidt et al., 2009). Por otra parte, la práctica intensiva se considera un factor de riesgo relevante para el desarrollo de distonía en los músicos (Bianchi et al., 2019; Rozansky et al., 2015). Además, se ha encontrado mayor prevalencia de rasgos ansiosos y patrones perfeccionistas en músicos con distonía en comparación con los músicos sanos (Jabusch & Altenmüller, 2004; Kobayashi et al., 2019).

En referencia al tratamiento, es de gran importancia para el músico que se comprenda y analice el mecanismo que originó el problema (Chamagne, 2003). Además, según señalan Aránguiz, Chana-Cuevas, Albuquerque y León (2010), factores como una menor severidad de los síntomas, la edad temprana, la ausencia de trastornos psicológicos concomitantes o el inicio temprano de la terapia son predictores de un resultado favorable. Estos mismos autores indican que las intervenciones incluyen el manejo con toxina botulínica, el reentrenamiento sensorial o el tratamiento farmacológico. Adicionalmente, Frucht (2019) añade otras opciones de tratamiento como son la terapia de movimiento inducido por restricción o la cirugía estereotáctica.

Cabe señalar que la toxina botulínica rara vez ayuda a los instrumentistas de viento (Sussman, 2015). Gran parte de los autores sostienen que las inyecciones de toxina botulínica pueden incluso empeorar la ejecución musical en los casos de distonía focal de la embocadura (Aránguiz et al., 2010). Los tratamientos farmacológicos incluyen el trihexifenidilo, un fármaco anticolinérgico que se administra vía oral (Jabusch, 2004). El tratamiento quirúrgico de la distonía focal suele estar reservado para los casos médicamente refractarios (Murgai & Jog, 2020). Estas intervenciones suelen ser talamotomías, las cuales han sido eficaces en el tratamiento de la distonía del escritor (Mitchell et al., 2020).

El reentrenamiento pedagógico está orientado a corregir la aparición de los movimientos distónicos y compensatorios (Aránguiz et al., 2010). La propagación de los síntomas podría prevenirse evitando el entrenamiento de los patrones de movimiento similares a los de la parte principal afectada y reduciendo el número de movimientos asociados a las tareas del comportamiento (Candia et al., 2005; Konczak y Abbruzzese, 2013). La base común de las estrategias de reentrenamiento es limitar movimientos a subconjuntos que eviten provocar síntomas, con la esperanza de que los patrones motores nuevos pudieran ser ampliados para abarcar todos los movimientos de la práctica musical (Leijnse et al., 2014).

Paralelamente a estos tratamientos, se sabe que existen anomalías no motrices que incluyen aspectos sensoriales y cognitivos del control motor asociados a la distonía focal del músico (Konczak & Abbruzzese, 2013). El músico suele presentar estrés por la pérdida del desempeño práctico y el alejamiento de la comunidad profesional como consecuencia de un tratamiento prolongado (Aránguiz et al., 2010). Por tanto, como señalan Jabusch y Altenmüller (2004), la psicoterapia es útil para que estos pacientes adquieran estrategias de afrontamiento y manejen mejor la situación, de tal modo que se mejoren las condiciones previas para aplicar eficazmente otras terapias. Además, Kobayashi et al. (2019) realizaron un estudio donde los resultados verificaron que la terapia cognitivo-conductual contribuye a la recuperación holística de los pacientes con distonía focal del músico.

### 3. Método

#### 3.1. Participante

CAD es un varón de 37 años de edad que reside actualmente con su pareja y su hija pequeña de un año y medio. Sus padres viven en una localidad de otra comunidad autónoma, por lo que su vida familiar cotidiana gira en torno al núcleo familiar de su pareja. La relación con todos ellos es buena.

CAD es licenciado en música con especialidad en trombón. Desde que tiene ocho años ha estado formándose en la práctica de este instrumento musical con resultados satisfactorios, lo cual le ha llevado a trabajar en orquestas de renombre internacional. Sin embargo, el año 2015 le diagnosticaron distonía focal de la embocadura, lo cual le obligó a detener súbitamente su agenda de actuaciones. En la actualidad es profesor de trombón en un conservatorio de música, por lo que su relación con el entorno musical no se ha cortado en su totalidad, a pesar de no poder utilizar el trombón como herramienta de trabajo. Asimismo, desde que recibió el diagnóstico no ha vuelto a actuar en público, salvo en contadas ocasiones cuando se encontraba con mejores sensaciones físicas para hacerlo.

CAD ha acudido a numerosos tratamientos cuya intervención se basaba fundamentalmente en el reentrenamiento pedagógico. Por otra parte, también ha sido tratado por una psicóloga especializada en fobias. Todos estos tratamientos tuvieron malos resultados y actualmente se encuentra en tratamiento de reentrenamiento pedagógico.

#### 3.2. Variables e Instrumentos

Versión modificada de *Historia Personal. Cuestionario Autobiográfico (basado en Pastor y Sevilá, 1995) (véase anexo 1)*. Se trata de un autoinforme en el que, siguiendo un esquema basado en el Análisis Funcional, se recoge toda la información relevante sobre las conductas-problema, y una gran cantidad de información general al margen del problema en sí. Puede ser aplicada en niños, adolescentes y adultos. El tiempo de administración es de 60 minutos.

*Depresión*. Medida con el *BDI-II (Beck Depression Inventory, Adaptación española de Sanz, Vázquez y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment, 2011) (véase anexo 2)*. Este autoinforme consta de 21 ítems consistentes en los criterios del DSM-V para ayudar al diagnóstico de los trastornos depresivos. Su objetivo es identificar y medir la severidad de los síntomas de la depresión en adolescentes a partir de 13 años y en adultos. Para su interpretación, se establecen cuatro grupos en base a la puntuación total, siendo de 0-13, mínima depresión; de 14-19, depresión leve; de 20-28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave. Los estudios llevados a cabo sugieren de forma consistente que la



adaptación española del *BDI-II* muestra buenos índices psicométricos para medir la existencia y gravedad de la sintomatología depresiva, obteniendo índices similares a los de la versión original (Sanz, 2013).

*Depresión y Ansiedad.* Medidas con la *E.A.D.G. (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, 1993)* (véase anexo 3). Se trata de un autoinforme estructurado dirigido a población adulta, que consta de 18 ítems, 9 para detectar niveles de ansiedad y 9 para depresión. Su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo. El tiempo de administración es de 10 minutos. Para la interpretación de las puntuaciones, se considera que un paciente tiene “probable ansiedad” cuando puntúa  $\geq 4$  en la primera subescala y se considera que tiene depresión cuando puntúa  $\geq 2$  en la segunda subescala. Según Montón et al. (1993), las escalas de este instrumento han demostrado su validez para el cribado de las alteraciones psiquiátricas de mayor prevalencia en el ámbito de la atención primaria.

*Cambio terapéutico.* Medido con un *autorregistro de pensamientos automáticos* (véase anexo 5), el cual contiene columnas donde se puede graduar el malestar de los pensamientos derivados de una situación concreta, su grado de credibilidad y la intensidad de la emoción asociada, además de los pensamientos alternativos y su intensidad para dicha situación. Por otra parte, se utiliza también la *jerarquía de situaciones aversivas* junto con la *escala SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad)* (véase anexo 6 y 7), que se utilizan conjuntamente para comunicar el nivel de aversión experimentado ante una situación y su grado de malestar con una escala de 0 (completamente relajado) a 100 (muy nervioso y tenso).

### 3.3. Procedimiento

Para la evaluación y la obtención de los datos necesarios sobre el participante se utilizó la entrevista estructurada *Historia Personal. Cuestionario Autobiográfico* (basado en Pastor y Sevillá, 1995), realizando previamente algunas modificaciones en la misma para adaptarlo al caso. Más tarde se contactó con el participante y se realizó la entrevista, cuya duración fue de una hora y media. Posteriormente, se utilizaron los datos recogidos en este autoinforme para hacer un Análisis Funcional. El Análisis funcional sirvió para conocer la problemática que presentaba el paciente y ayudar al diagnóstico categorial. Para aportar más información y respaldar el diagnóstico, se utilizaron las pruebas *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (1993)* e *Inventario de Depresión de Beck (2011)*. Una vez hecho esto, se utilizó la información obtenida para diseñar las sesiones de la intervención psicológica, revisando diferentes manuales para su creación.

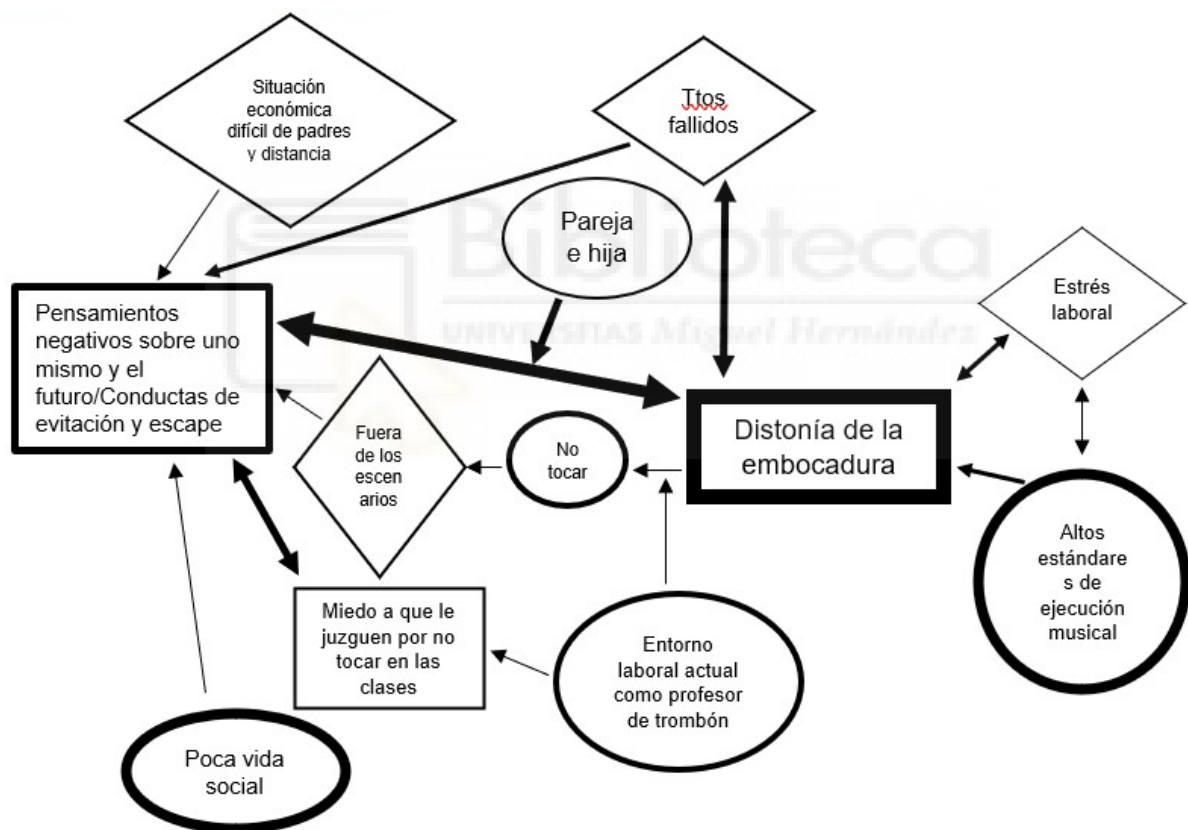


## 4. Resultados de la evaluación

### 4.1. Formulación clínica del caso: Análisis Funcional

El análisis funcional trata de identificar las relaciones funcionales importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a determinados comportamientos específicos de un individuo (Haynes & O'Brien, 1990; 2000).

A continuación, se muestra y explica el análisis funcional del caso de CAD realizado en forma de diagrama analítico-funcional. Un diagrama analítico-funcional de un caso clínico es un diagrama causal que representa de forma visual los componentes del análisis funcional (Haynes, Godoy & Lázaro, 2014). La información para su creación se extrae de la entrevista modificada *Historia Personal. Cuestionario Autobiográfico (basado en Pastor y Sevilla, 1995)*.



El diagrama analítico-funcional muestra la complejidad del caso de CAD. Por un lado, se parte de un problema principal representado por la distonía focal de la embocadura. Este problema fue originado por una situación laboral estresante en un entorno laboral exigente, lo cual condujo a CAD al deber de ejecutar altos estándares de práctica musical para cubrir las demandas. La continuidad en el tiempo de estos factores y su influencia recíproca suponen el origen fisiopatológico de la distonía focal de la embocadura y, como consecuencia, de la

interrupción de la práctica musical. A su vez, estos factores se consideran los desencadenantes del resto de conductas problema del diagrama.

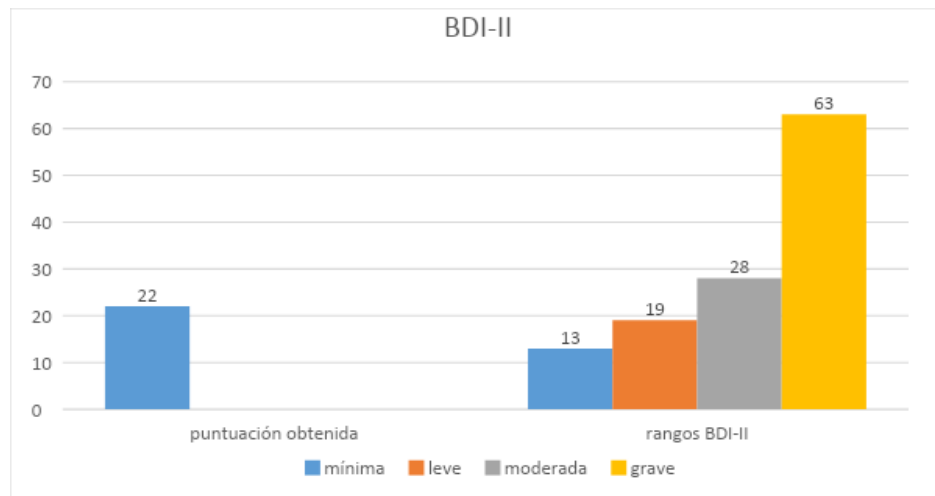
El diagnóstico de distonía focal de la embocadura condujo a CAD a la búsqueda de ayuda por medio de tratamientos específicos para el trastorno y a la realización de actividades alternativas a la práctica del trombón dentro de un entorno musical. La mayoría de tratamientos tuvieron como objetivo el reentrenamiento pedagógico, salvo uno de ellos que fue llevado a cabo por un profesional psicólogo especializado en fobias. Los resultados de todos ellos fueron desfavorables. Actualmente se encuentra en tratamiento de reentrenamiento pedagógico. Así pues, la acumulación de estos resultados negativos supone un factor de riesgo para la adquisición de trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, CAD entró a formar parte como profesor de trombón en un conservatorio profesional de música. A pesar de ser una variable causal moderadora en el impacto psicológico de la distonía de la embocadura, el hecho de no poder formar a los alumnos a través del modelado, es decir, tocar su instrumento para dar ejemplo de cómo ejecutar piezas musicales, genera en CAD miedo a ser juzgado por no tocar en las clases, tanto por parte de sus alumnos como de sus padres. Este último elemento supone un estresor continuo que forma parte del día a día de CAD y con el cual debe lidiar constantemente. Para contrarrestarlo, CAD debe explicar a sus alumnos y sus padres el problema de la distonía de la embocadura, esperando que comprendan la complejidad del problema.

La pareja e hija de CAD funcionan como variables moderadoras de las conductas problema, teniendo una notable influencia positiva en su bienestar y en la convivencia con ellas. A pesar de ello, existen variables externas que influyen indirectamente en el mantenimiento de las consecuencias psicológicas. Sus padres viven lejos y están pasando por una situación económica desfavorable. Además, la situación laboral de CAD, junto con el nacimiento de su hija, le restan tiempo para realizar actividades de ocio con amigos o con su propia pareja.

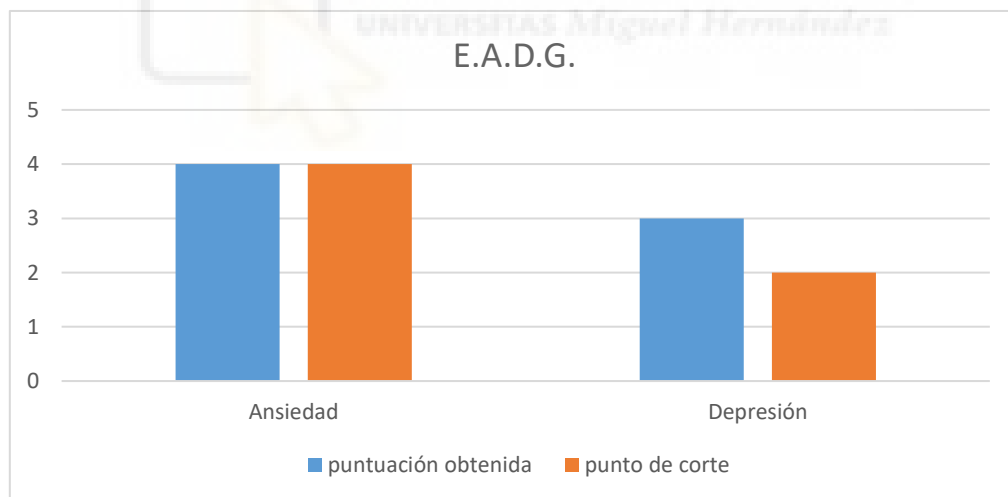
A largo plazo, el cúmulo de los factores expuestos en el análisis funcional del caso producen y mantienen en CAD niveles de ansiedad moderados en su entorno laboral y familiar, y un menor disfrute en sus tareas como trombonista, así como la disminución de expectativas de resultado positivas en los tratamientos psicológicos y para la distonía focal de la embocadura.

#### 4.2. Medidas psicométricas

La puntuación obtenida en el BDI-II fue de 22. Por tanto, CAD se encuentra dentro de los márgenes de puntuación asociados a depresión moderada (20-28).



En relación a la E.A.D.G., CAD obtuvo una puntuación de 4 en la subescala de ansiedad, siendo el punto de corte esa misma puntuación, mientras que en la subescala de depresión obtuvo una puntuación de 3, siendo el punto de corte 2. Para ambas subescalas, el rango es de 0-9.



#### 4.3. Diagnóstico categorial

A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación, CAD cumple los criterios necesarios según el DSM-V para el diagnóstico de trastorno depresivo persistente o distimia, cursando con otro trastorno de ansiedad no especificado. Además, las pruebas psicométricas facilitadas respaldan lo expuesto en el análisis funcional, ya que los resultados obtenidos apoyan este diagnóstico para ambos trastornos.

## 5. Propuesta de Intervención

El análisis funcional, junto con las pruebas psicométricas, reflejan la necesidad de confeccionar una intervención cuyo objetivo terapéutico es el de mitigar y reducir la sintomatología característica de los trastornos de depresión y ansiedad, los cuales son fruto de las consecuencias del diagnóstico de distonía focal de la embocadura. Para su creación, se han revisado diferentes tratamientos para trastornos del estado del ánimo y ansiedad y se han escogido aquellos elementos de cada uno de ellos que mejor se adaptan al caso clínico.

La intervención tiene un formato individual y está creada y adaptada a las circunstancias del caso, por lo que se espera una alta adhesión debido a la especificidad de la misma. Así, esta intervención se ha estructurado en cinco fases: 1.- Psicoeducación; 2.- Estrategias cognitivas; 3.- Habilidades de afrontamiento; 4.- Exposición: desensibilización sistemática; 5.- Prevención de recaídas. El orden de las fases responde a una cuestión práctica, donde se tratan en primera instancia aspectos cognitivos y posteriormente conductuales. El trabajo en las primeras fases facilita el aprendizaje en las fases más tardías, conformando así un tratamiento donde se aplican progresivamente los conceptos aprendidos en las primeras sesiones.

En total serán 11 sesiones de 1h/1h 30 minutos, junto con 3 más de seguimiento, una a los tres meses, otra a los seis meses y otra a los 12 meses. En cuanto al espaciamiento de las sesiones, será conveniente realizar las sesiones semanalmente, debido al orden de las fases. Se hará de esta forma debido a que la exposición funciona mejor si no hay demasiado distanciamiento entre sesiones (Caballo, 1996).

Por último, para tener un control objetivo sobre el cambio terapéutico, se procederá a realizar medidas intra-tratamiento y postratamiento por medio de las pruebas *BDI-II* y *E.A.D.G*, junto con los diferentes autorregistros utilizados en las diferentes fases. De esta forma, se podrá conocer de la efectividad de la intervención mientras se está llevando a cabo y una vez finalice. Evaluando el seguimiento se comprobará si los cambios se han consolidado y generalizado con el paso del tiempo (Olivares, Macià, Rosa-Alcázar & Olivares-Olivares, 2014)

A continuación, se muestran las diferentes fases de la intervención junto con su número de sesiones, los objetivos terapéuticos y las tareas en consulta para cada una de ellas.

---

*FASE 1 - PSICOEDUCACIÓN*

---

*Sesión 1*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Reforzar alianza terapéutica	- Explicar el Análisis Funcional
2. Explicar el Análisis Funcional	- Breve explicación del tratamiento
3. Explicación del tratamiento	- Explicar distorsiones cognitivas y
4. Explicar distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos	pensamientos automáticos
	- Resolver dudas
	- Introducir hoja de autorregistro A-B-C

---

*Descripción:*

Se comenzará la sesión creando un ambiente de confianza y seguridad por medio de preguntas acerca de sucesos cotidianos del paciente con el objetivo de reforzar la alianza terapéutica. Después, se mostrará el análisis funcional llevado a cabo para que el paciente comprenda el inicio y mantenimiento de sus conductas problema. Más tarde, se explicará en qué consiste el tratamiento y que se va a hacer durante la intervención, resolviendo las dudas que puedan surgir en el paciente. Una vez hecho esto, se realizará un primer acercamiento psicoeducativo mediante la explicación de qué son los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas. Para finalizar, se le entregará al paciente una hoja de autorregistro tipo A-B-C (situación-pensamiento-conducta) para que la rellene en casa, se recomendarán lecturas sobre lo tratado y se resolverán las dudas que se hayan podido generar.

*Tareas para casa:*

- Rellenar hoja de autorregistro A-B-C (véase anexo 4)
- Ver un video sobre las distorsiones cognitivas más frecuentes.

---

*FASE 1: PSICOEDUCACIÓN*

---

*Sesión 2*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Familiarizar al paciente con sus problemas	- Analizar hoja A-B-C
2. Explicar las diferentes habilidades de afrontamiento	- Explicar HH de afrontamiento y técnica de exposición
3. Explicar la técnica de exposición: desensibilización sistemática	- Resolver dudas del paciente

---

### *Descripción*

Al inicio de la sesión, se revisará la hoja de autorregistro y se analizará el contenido de la misma de forma conjunta con el paciente. El objetivo es que el paciente observe de forma genérica la relación causal entre pensamiento y conducta ante ciertas situaciones. Posteriormente, se realizará una explicación sobre qué son las habilidades de afrontamiento y cuáles son las más adecuadas para el caso. Seguidamente, se continuará con la psicoeducación, explicando en qué consiste la técnica de exposición y, concretamente, la técnica de desensibilización sistemática. Para terminar, se dejará un margen en la sesión para la resolución de dudas acerca de lo expuesto.

### *Tareas para casa*

- Seguir con la hoja de autorregistro A-B-C
- Recomendación de bibliografía sobre habilidades de afrontamiento y técnicas de exposición escogidas.

---

## *FASE 2: ESTRATEGIAS COGNITIVAS*

---

### *Sesión 3*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Entrenar al paciente para identificar y registrar los pensamientos automáticos	- Revisar hojas A-B-C - Ejemplos de pensamientos automáticos - Reforzar el trabajo hecho
2. Introducir hoja de autorregistro de pensamientos automáticos	- Explicar la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos

---

### *Descripción*

Inicialmente, se revisará por última vez la hoja de autorregistro A-B-C, lo cual servirá de puente para introducir la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos. Se explicarán las diferencias entre un autorregistro y otro y el propósito de la nueva. Se informará, además, de que solo ha de rellenar cuatro de las seis columnas, ya que las dos restantes servirán para sesiones posteriores. Se pondrán ejemplos de pensamientos automáticos cercanos a la experiencia del paciente, de forma que pueda identificarlos más fácilmente y realizar un registro adecuado. Finalmente, se resolverán las dudas y se reforzará el trabajo realizado.

### *Tareas para casa:*

- Rellenar las cuatro primeras columnas del autorregistro de pensamientos automáticos.

---

*FASE 2: ESTRATEGIAS COGNITIVAS*

---

*Sesión 4*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en Consulta</i>
1. Analizar hoja de autorregistro de pensamientos automáticos	- Pedir feedback sobre el autorregistro - Analizar las columnas del autorregistro
2. Debate socrático para cuestionar los pensamientos automáticos	- Cuestionar los pensamientos automáticos
3. Cumplimentar las columnas 5 y 6 del autorregistro	- Añadir las columnas 5 y 6 del autorregistro
4. Consolidar el proceso para que el paciente lo haga por sí mismo	- Resolver dudas del proceso de registro

---

*Descripción*

Para comenzar la sesión, se pedirá feedback al paciente sobre las hojas de autorregistro de pensamientos automáticos, continuando con su análisis y debate sobre su existencia como interpretación o realidad. En este momento, se recordarán las distorsiones cognitivas más comunes y se procederá al cumplimiento de las columnas 5 y 6 del autorregistro, donde se presenta un pensamiento alternativo racional y su intensidad emocional. Este proceso se realizará con todas las situaciones registradas. Para mayor comprensión, se preguntará al paciente si comprende el proceso y se le pedirá que lo lleve a cabo fuera de consulta.

*Tareas para casa:*

- Continuar con todas las columnas del autorregistro de pensamientos automáticos.
- Revisar los tipos de distorsiones cognitivas.

---

*FASE 2: ESTRATEGIAS COGNITIVAS*

---

*Sesión 5*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Relacionar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con esquemas cognitivos	- Buscar en los autorregistros creencias desadaptativas - Indagar en la historia de las creencias - Validar conjuntamente con el paciente la funcionalidad de las creencias
2. Modificar esquemas disfuncionales	
3. Medir el cambio terapéutico	- Pase de BDI-II y E.A.D.G.

---



### Descripción

Al inicio de la sesión, se analizará el contenido de la hoja de autorregistro, relacionando los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con esquemas cognitivos del paciente. En esta parte, es conveniente buscar reglas inferenciales del tipo “si A... entonces B” o detectar los “debería” y “tendría”, entre otros. El objetivo es validar conjuntamente la funcionalidad de esos esquemas y modificarlos para crear nuevos esquemas que sean más adaptativos. Al final de la sesión, se realizará una medida intra-tratamiento a través de los instrumentos del *BDI-II* y *E.A.D.G.* para obtener información sobre el cambio terapéutico.

### Tareas para casa:

- Seguir rellenando la hoja de autorregistro
- Realizar el proceso de cuestionamiento con el autorregistro delante
- Pruebas de realidad: comprobar con amigos y familiares si sus opiniones coinciden con las del paciente.

---

## FASE 3: HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

---

### Sesión 6

---

Objetivos	Tareas en consulta
1. Consolidar proceso de registro y debate	- Revisar el autorregistro - Descripción y realización de los ejercicios de tensión-distensión
2. Entrenar en habilidades de afrontamiento instrumental: RMP de Jacobson	- Realización de la RMP - Reforzar una vez acabada la tarea y resolver dudas

---

### Descripción

Inicialmente, se revisará el autorregistro de pensamientos automáticos y se invitará al paciente a que continúe trabajando con él. Posteriormente, se comenzará el entrenamiento en habilidades de afrontamiento instrumental por medio de la Relajación Muscular Progresiva (RMP) de Jacobson. Así, se darán las instrucciones pertinentes para que el paciente realice la RMP en consulta. Una vez finalizado, se reforzará el trabajo llevado a cabo, se facilitará una plantilla con instrucciones para que el paciente haga la RMP de forma autónoma y se resolverán dudas al respecto.

*Tareas para casa:*

- Continuar con la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos
- Realizar la RMP dos veces al día

---

*FASE 3: HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO*

---

*Sesión 7*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Revisar autorregistro	- Revisar el autorregistro
2. Realizar la RMP	- Realizar la RMP
3. Entrenar en habilidades de afrontamiento paliativas	- Exponer los tipos de habilidades de afrontamiento paliativas y elegir los más adecuados - Entrenar HH de afrontamiento

---

*Descripción*

Para comenzar la sesión, se revisará el autorregistro de pensamientos automáticos y se continuará con la RMP. Una vez terminado esto, se procederá a la elección de las diferentes habilidades de afrontamiento que puedan ser de mayor utilidad para el paciente, entre las que se encuentran la desviación de la atención, la expresión adecuada de afectos, la toma de distancia ante estímulos aversivos, el cambio de perspectiva ante una situación o el uso adecuado del apoyo social. Se trata de habilidades paliativas, debido a la naturaleza del problema principal y su difícil modificabilidad. A continuación, se pondrán ejemplos cotidianos de situaciones donde poder utilizar las habilidades escogidas.

*Tareas para casa:*

- Seguir con el autorregistro de pensamientos automáticos
- Realizar dos veces al día la RMP
- Poner en práctica las habilidades de afrontamiento paliativas

---

*FASE 4: EXPOSICIÓN: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA*

---

*Sesión 8*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Evaluación del grado de malestar con escala SUDS	- Revisar hoja de autorregistro de pensamientos automáticos
2. Transferir la RMP como contracondicionamiento	- Introducción de escala SUDS - Reforzamiento al acabar la tarea
3. Construcción de la jerarquía	- Explicar la utilización de la RMP para crear respuesta incompatible. - Construcción de la jerarquía

---

*Descripción*

Al inicio de la sesión, se revisará la hoja de autorregistro, la plantilla de instrucciones de la RMP y las posibles dificultades surgidas al aplicar las habilidades de afrontamiento paliativas. Una vez hecho esto, se le facilitará al paciente la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) para evaluar el grado de ansiedad ante los estímulos que generan malestar en el paciente. Más tarde, se explicará al paciente qué ha de hacer cuando haya situaciones aversivas y se transferirá la RMP aprendida en las sesiones anteriores como respuesta incompatible ante las respuestas desadaptativas desencadenada por esas situaciones. Cuando se haya comprendido el proceso, entonces se le pedirá al paciente que construya una jerarquía de estímulos desencadenantes de respuestas desadaptativas. Se le explicará que el orden debe responder a la intensidad de la respuesta desadaptativa, teniendo en cuenta que el polo inferior se corresponde con una situación de menor intensidad y el polo superior con una respuesta de mayor intensidad. Estos puntos de anclaje servirán como horquilla para graduar el resto de situaciones.

*Tareas para casa:*

- Continuar con la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos
- Practicar la RMP
- Repasar y modificar si fuera necesario la escala SUDS y la jerarquía construida en consulta.

---

*FASE 4: EXPOSICIÓN: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA*

---

*Sesión 9*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Práctica imaginativa	- Pedir al paciente que imagine y describa con detalle las escenas
2. Valorar la intensidad de cada escena	- Repetir el procedimiento las veces que sea necesario
3. Práctica imaginativa progresiva con ítems de la jerarquía	- Realizar el mismo procedimiento con un ítem de la jerarquía.
4. Valoración de la intensidad del ítem	

---

*Descripción*

La sesión comenzará con la práctica imaginativa, empezando por evaluar la capacidad imaginativa del paciente. Así, se comenzará imaginando un estímulo neutro que no genere emociones intensas. Posteriormente, se le preguntará al paciente detalles sobre la imagen para mejorar sus habilidades imaginativas. Más tarde, se realizará el mismo proceso con un ítem de la jerarquía que suscite emociones fuertes y que tengan relación con la problemática principal. A partir de aquí, el paciente valorará dentro de la escala SUDS la intensidad de las respuestas experimentadas. Para finalizar, se llevará a cabo la desensibilización sistemática, realizando de nuevo el mismo proceso, pero en esta ocasión aplicando la RMP como respuesta incompatible. Este ejemplo servirá de modelo práctico de situaciones imaginativas, siguiendo un orden de la jerarquía progresivo de menor a mayor intensidad de situaciones.

*Tareas para casa:*

- Seguir con la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos
- Practicar la desensibilización sistemática en imaginación.

---

*FASE 4: EXPOSICIÓN: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA*

---

*Sesión 10*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Práctica imaginativa de ítems más intensos	- Práctica imaginativa
2. Valorar la intensidad de cada escena	- Explicación del proceso en un ambiente natural
3. Explicación de la aplicación en ambiente natural	- Resolver dudas y reforzar los avances
4. Consolidar la técnica	

---

### *Descripción*

En esta sesión se realizará la práctica imaginativa partiendo de ítems que susciten emociones más fuertes y teniendo en cuenta lo practicado en casa. Este trabajo ocupará gran parte de la sesión y servirá de puente para la práctica en situaciones reales. Una vez realizada la práctica de forma repetida, se acordará con el paciente que ítems se pondrán en práctica en ambiente natural, teniendo en cuenta la progresión de menor a mayor intensidad.

### *Tareas para casa:*

- Seguir con la hoja de autorregistro de pensamientos automáticos
- Practicar la desensibilización sistemática en imaginación y en situaciones reales.
- Traer todo el material utilizado durante el tratamiento para la próxima sesión

---

## *FASE 5: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS*

---

### *Sesión 11*

---

<i>Objetivos</i>	<i>Tareas en consulta</i>
1. Trabajar los contenidos del tratamiento	- Revisar todas las hojas de autorregistro de pensamientos automáticos
2. Dar a conocer la progresión al paciente	- Repasar HH de afrontamiento - Repasar desensibilización sistemática
3. Realizar un resumen de la intervención	- Programar tareas rutinarias con un horario acordado
4. Medir el cambio terapéutico	- Pase de las pruebas BDI-II y E.A.D.G.
5. Fijar fechas para el seguimiento	- Agendar citas de seguimiento

---

### *Descripción*

Esta sesión irá destinada a resumir y recordar todos los puntos trabajados en la intervención. Esto servirá para resolver dudas de los procesos llevados a cabo en todas las fases, poner en práctica las técnicas aprendidas por última vez y acordar las pautas a seguir durante los próximos meses. De este modo, la sesión tiene como propósito incluir de forma rutinaria los conocimientos y técnicas aprendidas para prevenir posibles recaídas. Además, se pasará las pruebas *BDI-II* y *E.A.D.G.* para comprobar si la terapia ha sido eficaz. Por último, se fijarán fechas para llevar a cabo las tres sesiones de seguimiento.

## 6. Discusión

El objetivo de este trabajo era crear una propuesta de intervención para solucionar los problemas psicológicos derivados del diagnóstico de distonía focal del músico. El soporte emocional puede ser imprescindible cuando un músico está afectado por una condición tan incapacitante como la distonía focal (Butler & Rosenkranz, 2006). Teniendo en cuenta esto, Kolle (2000) afirma que un enfoque psicológico para el tratamiento de pacientes con distonía focal puede desempeñar un papel fundamental en la rehabilitación. Sin embargo, no se contempla la intervención psicológica como principal tratamiento y su función es, según la literatura, de complemento para el reentrenamiento pedagógico. No obstante, la elección de los tratamientos de este trabajo tiene la esperanza de generar cambios directos en los problemas fisiopatológicos de la distonía. Mediante la desensibilización sistemática, se puede trabajar directamente la sintomatología característica de la distonía al ser considerada como ítem de la jerarquía y crear así respuestas incompatibles mediante técnicas de relajación.

La exposición interoceptiva puede ser incluida en la intervención, tratando la sintomatología de la distonía como respuesta condicionada ante determinadas señales corporales, tratándose en este caso de la estimulación sensorial involucrada al tocar un instrumento. Otros tratamientos más novedosos como el EMDR pueden ser también útiles e incluidos en la intervención bajo la premisa de que el rendimiento del músico puede mejorar al desensibilizar y reprocesar los recuerdos inadaptados a través de la estimulación bilateral de los dos hemisferios del cerebro (Plummer, 2007).

A pesar de que esta propuesta ha sido diseñada para un caso específico de distonía focal de la embocadura, puede ser utilizada para fines similares y modificada para la adaptación de otras manifestaciones de distonía focal del músico, que suele afectar comúnmente en las manos o dedos, u otros tipos de distonía focal como la cervical o la laríngea, entre otras.

Por último, y debido a la escasez de tratamientos para la distonía focal desde un enfoque psicológico, esta propuesta tiene la intención, además de tratar el caso específico expuesto, contribuir a la investigación en este campo, la cual es escasa y prácticamente inexistente. De este modo, se tiene la esperanza de generar alternativas de tratamiento al reentrenamiento pedagógico que puedan lograr la recuperación parcial o completa del músico y su consecuente reincorporación al entorno de trabajo.

## 7. Bibliografía

- Albanese, A., Bhatia, K., Bressman, S. B., DeLong, M. R., Fahn, S., Fung, V. S., Hallet, M., Jankovic, J., Jinnah, H. A., Klein, C., Lang, A. E., Mink, J. W. & Teller, J. K. (2013). Phenomenology and classification of dystonia: A consensus update. *Movement Disorders*, 28(7), 863-873.
- Altenmüller, E., & Jabusch, H. C. (2010). Focal dystonia in musicians: Phenomenology, pathophysiology and triggering factors. *European Journal of Neurology*, 17(1), 31-36.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aránguiz, R., Chana-Cuevas, P., Albuquerque, D. y León, M. (2011). Distonía focales en los músicos (Focal dystonia in musicians). *Neurología*, 26(1), 45-52.
- Bianchi, S., Fuertinger, S., Huddleston, H., Frucht, S. J., & Simonyan, K. (2019). Functional and structural neural bases of task specificity in isolated focal dystonia. *Movement Disorders*, 34(4), 555-563.
- Butler, K., & Rosenkranz, K. (2006). Focal hand dystonia affecting musicians. Part II: An overview of current rehabilitative treatment techniques. *The British Journal of Hand Therapy*, 11(3), 79-87.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Candia, V., Wienbruch, C., Elbert, T., Rockstroh, B., & Ray, W. (2003). Effective behavioral treatment of focal hand dystonia in musicians alters somatosensory cortical organization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(13), 7942-7946.
- Chamagne, P. (2003). Functional dystonia in musicians: rehabilitation. *Hand Clinics*, 19(2), 309-316.
- Frucht, S. J. (2009). Embouchure dystonia—Portrait of a task-specific cranial dystonia. *Movement Disorders*, 24(12), 1752-1762.
- Frucht, S. J., & Estrin, G. (2010). “Losing one's chops”: Clues to the mystery of embouchure dystonia. *Neurology*, 74(22), 1758-1759.
- Frucht, S. J. (2016). Embouchure dystonia: a video guide to diagnosis and evaluation. *Journal of Clinical Movement Disorders*, 3(1), 10.



- Frucht, S. J. (2019). Treatment of musicians' dystonia. En Reich S., Factor S. (Eds), *Therapy of Movement Disorders* (pp. 221-223). Cham: Humana press.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649-668.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Springer Science & Business Media.
- Haynes, S. N., Godoy, A., & Lázaro, A. G. (2014). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hofmann, A., Grossbach, M., Baur, V., Hermsdörfer, J., & Altenmüller, E. (2015). Musician's dystonia is highly task specific: No strong evidence for everyday fine motor deficits in patients. *Medical Problems of Performing Artists, 30*(1), 38-46.
- Ioannou, C. I., Furuya, S., & Altenmüller, E. (2016). The impact of stress on motor performance in skilled musicians suffering from focal dystonia: Physiological and psychological characteristics. *Neuropsychologia, 85*, 226-236.
- Jabusch, H. C., & Altenmüller, E. (2004). Anxiety as an aggravating factor during onset of focal dystonia in musicians. *Medical Problems of Performing Artist, 19*(2), 75-81.
- Jabusch, H. C., & Altenmüller, E. (2006). Focal dystonia in musicians: From phenomenology to therapy. *Advances in Cognitive Psychology, 2*(2-3), 207-220.
- Jankovic, J., & Ashoori, A. (2008). Movement disorders in musicians. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society, 23*(14), 1957-1965.
- Kobayashi, K., Sakamoto, T., Maruo, K., Shinmei, I., Mukai, Y., Takahashi, Y., & Horikoshi, M. (2020). A pilot study on efficacy and tolerability of cognitive behavioral therapy (CBT-FD) for Japanese patients with focal dystonia. *Neurology and Clinical Neuroscience, 8*(1), 16-27.
- Kolle, B. (2000). Psychological approach to focal dystonia in musicians. In Tubiana, R. & Amadio, P. (Eds). *Medical problems of the instrumentalist musician* (pp. 363-368). London: Martin Dunitz.
- Konczak, J., & Abbruzzese, G. (2013). Focal dystonia in musicians: Linking motor symptoms to somatosensory dysfunction. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*, 297.
- Lee, A., Eich, C., Ioannou, C. I., & Altenmüller, E. (2015). Life satisfaction of musicians with focal dystonia. *Occupational Medicine, 65*(5), 380-385.

- Leijnse, J. N. A. L., Hallett, M., & Sonneveld, G. J. (2014). A multifactorial conceptual model of peripheral neuromusculoskeletal predisposing factors in task-specific focal hand dystonia in musicians: Etiologic and therapeutic implications. *Biological Cybernetics*, 109(1), 109-123.
- Lie-Nemeth, T. J. (2006). Focal dystonia in musicians. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 17(4), 781-787.
- Mantel, T., Altenmüller, E., Li, Y., Lee, A., Meindl, T., Jochim, A., Zimmer, C. & Haslinger, B. (2020). Structure-function abnormalities in cortical sensory projections in embouchure dystonia. *NeuroImage: Clinical*, 28, 102410.
- Mitchell, J. K., Urbanawiz, D. E., & Morgan, J. C. (2020). Successful splint therapy for embouchure dystonia in a trumpet player. *The Journal of Prosthetic Dentistry*.
- Montón, C., Pérez-Echeverría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J. & Lobo, A. (1993). Anxiety scales and Goldberg's depression: An efficient interview guide for the detection of psychologic distress. *Atencion Primaria*, 12(6), 345-349.
- Murgai, A. A., & Jog, M. (2020). Focal limb dystonia and tremor: Clinical update. *Toxicon*, 176, 10-14.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa-Alcázar, A. I. & Olivares-Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Oppenheim, H. (1911). About a rare spasm disease of childhood and young age (Dysbasia lordotica progressiva, dystonia musculorum deformans). *Neurologische Centralblatt*, 30, 1090-1107.
- Plummer, C. D. (2007). *Performance enhancement for brass musicians using eye movement desensitization and reprocessing* (Doctoral dissertation, University of Cincinnati). Ohio Link.
- Quartarone, A., & Ruge, D. (2018). How many types of dystonia? Pathophysiological considerations. *Frontiers in Neurology*, 9, 12.
- Rozansky, V. E., Rehfuss, E., Bötzel, K., & Nowak, D. (2015). Task-specific dystonia in professional musicians: A systematic review of the importance of intensive playing as a risk factor. *Deutsches Aerzteblatt International*, 112(51-52), 871.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

- Schmidt, A., Jabusch, H. C., Altenmüller, E., Hagenah, J., Brüggemann, N., Lohmann, K., Enders, L., Kramer, P. L., Saunders-Pullman, R., Bressman, S. B., Münchau, A. & Klein, C. (2009). Etiology of musician's dystonia: Familial or environmental?. *Neurology*, 72(14), 1248-1254.
- Schuele, S., Jabusch, H. C., Lederman, R. J., & Altenmüller, E. (2005). Botulinum toxin injections in the treatment of musician's dystonia. *Neurology*, 64(2), 341-343.
- Stahl, C. M., & Frucht, S. J. (2017). Focal task specific dystonia: A review and update. *Journal of Neurology*, 264(7), 1536-1541.
- Sussman, J. (2015). Musician's dystonia. *Practical Neurology*, 15(4), 317-322.
- Tanabe, H., Mikawa, T., Kondo, A., & Ikuta, M. (2019). Focal dystonia is a movement disorder manifesting among musicians: A single case study. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences*, 6(3), 2349-5219.
- Zosso, A., & Schoeb, V. (2012). Musicians' social representations of health and illness: A qualitative case study about focal dystonia. *Work*, 41(1), 53-59.



## 8. ANEXOS

1. Historia personal. Cuestionario biográfico (Basada en Pastor y Sevilla, 1995)

### HISTORIA PERSONAL. CUESTIONARIO AUTOBIOGRÁFICO (Pastor y Sevilla, 1990)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ E.C.: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

¿QUÉ LE HA ENVIADO AL GABINETE?: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS FUNCIONAL

#### 1. RESPUESTA

Describe, con sus propias palabras, su problema principal:

\_\_\_\_\_

Cuando se siente mal, ¿qué nota físicamente (en su cuerpo)?:

\_\_\_\_\_

Cuando se siente mal, ¿qué suele pensar o imaginar?:

\_\_\_\_\_

Cuando se siente mal, ¿qué hace usted?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué suele aparecer primero: sensaciones físicas, pensamientos o acción?:

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día, o a la semana, aparece el problema?: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la intensidad media del malestar (escala de 0-10)?: \_\_\_\_\_

¿Cuánto suele durar ese malestar?: \_\_\_\_\_

Subraye de este listado lo que a usted se refiere actualmente:

Rigidez/tensión en el cuerpo, flojedad, temblores, taquicardia, calor, sudor, rubor, sofoco, dificultades para tragar, sensaciones en el estómago, vómitos, arcadas, sequedad de boca, dificultades para respirar, mareos, insomnio, falta de apetito, cansancio, timidez, sueño excesivo, disminución del deseo sexual, dolores de cabeza, colitis, ganas de orinar, llanto, ideas de suicidio, pensamientos difíciles de controlar, intentos de suicidio, problemas sexuales, miedo, pánico, problemas económicos, de pareja, celos enfados, nerviosismo/ansiedad, depresión, delirios, alucinaciones, problemas de alcohol, tabaco o drogas, problemas de relación con los demás, sensación de culpa, de inutilidad, de fracaso,

desesperanza ante el futuro, tartamudeo, problemas con sus hijos o familiares, dificultades para expresar lo que siente, problemas de comunicación.

## 2. ESTÍMULOS

¿En qué situaciones se presenta su problema?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En qué momentos del día?: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿Ante qué personas?: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna sensación corporal que hace que aparezca su problema?:

\_\_\_\_\_

¿Hay algún pensamiento, recuerdo o imagen que provoque su problema?:

\_\_\_\_\_

¿Existen otras circunstancias que hacen que aparezca su problema?:

\_\_\_\_\_

Haga un listado de todas las situaciones en que aparece su problema:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. CONSECUENCIAS

¿Cuándo y cómo desaparece el malestar?: \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionan los demás cuando usted se siente mal?:

\_\_\_\_\_

¿Qué piensa usted después de haberse sentido mal?:

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades de su vida diaria se ven afectadas por el problema?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa secuencialmente, paso por paso, la última vez que sufrió el problema que le trae a consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ORGANISMO

### Historia de Aprendizaje

¿Desde cuándo le ocurre?: \_\_\_\_\_

¿Recuerda alguna circunstancia que coincidiera con el inicio del problema?: \_\_\_\_\_

¿Alguien de su familia o amigos ha tenido problemas parecidos?: \_\_\_\_\_

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted mejorías?: \_\_\_\_ ¿A qué cree que han sido debidas? \_\_\_\_\_

¿Y empeoramientos?: \_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

### **Estilo Personal**

Profesión: \_\_\_\_\_ ¿Le gusta su trabajo?: \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuál sería su trabajo ideal?: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el rendimiento?: \_\_\_\_\_

Describe la relación con su padre: \_\_\_\_\_

¿Y con su madre?: \_\_\_\_\_

¿Y con sus hermanos?: \_\_\_\_\_

¿Tiene pareja?: \_\_\_\_ Describe su relación con él/ella: \_\_\_\_\_

Áreas conflictivas de su relación: \_\_\_\_\_

¿Considera su relación sexual satisfactoria?: \_\_\_\_ ¿Qué aspectos cambiaría o mejoraría?: \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?: \_\_\_\_ Describe su relación con ellos: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive actualmente?: \_\_\_\_\_

### **Habilidades Propias**

¿Tiene buena capacidad de imaginación?: \_\_\_\_ ¿Sabe relajarse?: \_\_\_\_\_

¿Cómo lo consigue?: \_\_\_\_\_

¿Le es fácil conocer gente nueva?: \_\_\_\_ ¿Le es fácil expresar lo que piensa o siente?: \_\_\_\_

¿Qué dificultades tiene?: \_\_\_\_\_

¿Se considera una persona disciplinada?: \_\_\_\_ Cite algún comportamiento suyo que lo demuestre: \_\_\_\_\_

¿Utiliza alguna estrategia para distraerse cuando quiere dejar de pensar en algo?: \_\_\_\_\_

### **Habilidades de Afrontamiento**

¿Qué intenta hacer usted para sentirse mejor cuando se le presenta el problema?: \_\_\_\_\_

¿Hasta qué punto le funciona?: \_\_\_\_\_

### **Variables Biológicas**

Nombre los medicamentos que está tomando (incluyendo psicofármacos, anticonceptivos, vitaminas o cualquier otro): \_\_\_\_\_

¿Toma alguna droga? (incluido alcohol y tabaco): \_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Frecuencia y cantidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad?: \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica?: \_\_\_\_\_

Horas de sueño regulares: \_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ ¿Hace siesta?: \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_ ¿Cree usted que lleva una dieta equilibrada?: \_\_\_\_\_

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio físico con regularidad?: \_\_\_\_Cuál y frecuencia: \_\_\_\_\_

### **Tratamientos anteriores**

¿Ha consultado con otro profesional?: \_\_\_\_ ¿Con quién (psiquiatra, psicólogo, médico, otros...): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tratamiento recibió?: \_\_\_\_\_

¿Qué obtuvo de positivo?: \_\_\_\_\_

¿Por qué lo dejó?: \_\_\_\_\_

### **Sistema de refuerzos**

¿En qué emplea su tiempo libre? (Hobbies, aficiones, actividades preferidas). Ordénelas por preferencia: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo les dedica semanalmente?: \_\_\_\_\_

¿Ha dejado de hacer alguna actividad que le gustaba?: \_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

### **Personas Significativas**

¿Cuáles son las personas significativas para usted actualmente?: \_\_\_\_\_

¿Quién de ellas podría ayudarle en la terapia?: \_\_\_\_\_



### Expectativas hacia la Terapia

¿Qué cree que es un psicólogo?: \_\_\_\_\_

¿En qué cree que va a consistir la terapia?: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo cree que durará?: \_\_\_\_\_

¿Qué cualidades piensa que debe tener un buen psicólogo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hasta qué punto está usted dispuesta/o a trabajar por la terapia?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cree que tendrá éxito?: \_\_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

### 4. OTROS PROBLEMAS

Describa otras áreas-problema de su vida que no hayan aparecido. Indique hasta qué punto le afectan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. VIDA COTIDIANA

Describa, paso a paso y con horario, cómo es un día normal suyo entre semana:

Ídem de un día del fin de semana:

### 6. COMENTARIOS

Si quiere añadir algo que le parezca importante y que no haya salido o que desee insistir más sobre ello, coméntelo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....

Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

### 1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.9





3. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E.A.D.G.)

### Escala E.A.D.G.

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1-¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	___	___
2-¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	___	___
3-¿Se ha sentido muy irritable?.....	___	___
4-¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	___	___

**Subtotal** \_\_\_

(Si hay 2 ó más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

**SI** **NO**

5-¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	___	___
6-¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	___	___
7-¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?.....	___	___
(síntomas vegetativos)		
8-¿Ha estado preocupado por su salud?.....	___	___
9-¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....	___	___

**TOTAL ANSIEDAD** \_\_\_

(Ansiedad: rango 0-9. Punto de corte: 4)

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

**SI** **NO**

1-¿Se ha sentido con poca energía?.....	___	___
2-¿Ha perdido Vd. Su interés por las cosas?.....	___	___
3-¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	___	___
4-¿Se ha sentido Vd. Desesperanzado, sin esperanzas?.....	___	___

**Subtotal** \_\_\_

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5-¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	___	___
6-¿ Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....	___	___
7-¿Se ha estado despertando demasiado temprano?.....	___	___
8-¿Se ha sentido Vd. enlentecido?.....	___	___
9-¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? .....	___	___

**TOTAL DEPRESIÓN** \_\_\_

(Depresión: rango: 0-9. Punto corte: 2)

(Golberg y cols. 1.988. Versión española GZEMPP. 1.993)

4. Hoja de Autorregistro A-B-C

Situación	Pensamiento	Conducta

5. Autorregistro de pensamientos automáticos

Día/hora /lugar	A Acontecimiento	B Pensamiento irracional (% de credibilidad)	C Consecuenci as (Emocionales y motoras) (intensidad, 0-10)	D Sustitución pensamiento racional (% de credibilidad)	E Efectos del cambio del pensamiento (Emocionales y motoras) (% de credibilidad)

6. Escala SUDS

Situación/Estímulo	Grado de malestar (SUDS) entre 0-100

7. Jerarquía de estímulos aversivos

Situaciones desagradables/Estímulos aversivos	Grado de malestar (SUDS) entre 0-100
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	