



Revista Científica de la Asociación
Argentina de Musicoterapia

Asociación Argentina de
Musicoterapia
2016

ECOS

REVISTA CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN
ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA

Una publicación de la
Asociación Argentina de Musicoterapia



ASAM

Asociación Argentina
de Musicoterapia

NÚMERO 2 AÑO 2016

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA

COMISIÓN DIRECTIVA
2015-2018

Presidente:

Lic. Marcos Vidret

Vicepresidente:

Lic. Virginia Tosto

Secretaria:

Lic. Laura Sabatini

Prosecretaria:

Lic. Veronika Abraham

Tesorera:

Lic. Carolina Vesco

Protesorera:

Lic. Cecilia Moscuza

Vocales titulares:

Lic. Gabriel Federico
Lic. Amelia Ferraggina
Lic. Julieta Rodriguez

Vocales suplentes:

Lic. Natalia Alvarez
Lic. Sergio Orellana
Lic. Janet Pontelli

**Comisión revisora
de cuentas:**

Lic. Camila Pfeiffer
Lic. Clara Rodriguez
Lic. Cristina Zamani

**Suplentes comisión
revisora de cuentas:**

Lic. Veronica Cannarozo
Lic. Ma. Pilar Guzman
Lic. Marcela Malagrino

ECOS
REVISTA CIENTIFICA

Comité editorial Ecos

Lic. Cecilia Moscuza
Lic. Elena Pensa
Lic. Erica Godetti
Lic. Veronika Diaz Abraham

Comité científico Ecos

Lic. Virginia Tosto
Lic. Gabriel Federico
Lic. Cecilia Moscuza
Lic. Sergio Orellana
Lic. María Pía Pawlowicz
Lic. Juan Pedro Zambonini
Lic. Analia Luis
Lic. Carolina Vesco
Lic. Ariel Zimbaldo
Lic. Julieta Rodriguez
Lic. Selva Santestevan
Lic. Adrea Coluccio
Lic. Veronica Canarozzo
Dra. Nadia Justel
Dr. Favio Shifes

Correctores de estilo

Lic. Martin Rantucho
Lic. Ramiro Blacha

Diseño gráfico
Baiocco M. Cecilia

SUMARIO

Editorial	ECOS	6
Artículo Empírico	Intervención musicoterapéutica basada en la praxis y la filosofía de la música electroacústica. Estudio piloto. <i>Maria Claudia Galán Gamarra</i>	8
Artículo de Divulgación	Salud Mental Comunitaria en la provincia de Chubut, Argentina. <i>Lic. María Sol Fernández</i>	20
Artículo de Revisión	La expresividad de la voz hablada en musicoterapia <i>Lic. Godetti Erica</i>	24
Artículo Empírico de reflexión	La construcción del rol del musicoterapeuta en el equipo de Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde <i>Lic. Paula Uzal</i>	39
Análisis de Caso	Principios de Analogía y Polifonía en el Estudio de Casos <i>Lic. Gabriel Abramovici</i>	56
Artículo Editorial	Fragmentos de un discurso musicoterapéutico <i>Lic. Elena Pensa</i>	67

Presentación editorial

ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia, surge del conjunto de las iniciativas de la Comisión Biblioteca de ASAM, con el fin de contribuir al desarrollo de la Musicoterapia y fomentar el intercambio entre profesionales de diferentes disciplinas y sectores del país.

La revista se ocupa de la publicación de artículos de corte empírico o teórico, con énfasis básico o aplicado, toda vez que procuren el desarrollo científico de la musicoterapia, en sus distintos niveles, ámbitos o áreas. Recibiendo los aportes de diferentes modelos o enfoques metodológicos, la revista pretende contribuir con la divulgación y el intercambio del conocimiento científico musicoterapéutico en los escenarios nacionales e internacionales.

También están abiertas las puertas para aquellos artículos que desde las ciencias sociales, exactas y humanas, la inter y la transdisciplinariedad aporten al campo de la Musicoterapia. Por lo tanto la revista estará dirigida a la comunidad científica, profesional y académica, como también a toda la comunidad de las ciencias humanas y sociales en general y de las ciencias de la salud.

ECOS representa la apertura de un espacio específico para la visibilización de la producción Latinoamericana que busca así convertirse en una fuente de consulta dentro de la comunidad científico-académica.

Hacer eco del conocimiento es nuestro mayor objetivo

*Comité Editorial
Asociación Argentina de Musicoterapia*

Intervención Musicoterapéutica basada en la praxis y la filosofía de la música electroacústica. Estudio Piloto.

Maria Claudia Galán Gamarra
Universidad Nacional de Colombia
mariaclaudiagalan@gmail.com

Palabras clave:

Música electroacústica, Ejercicios de sensibilización sonora, sono-fijación, Secuencias de sonidos terapéuticos electroacústicos (SSTE), Funciones Mentales.

Resumen

En la presente investigación se estudiaron los aportes de las prácticas y la filosofía de la música electroacústica, a la intervención musicoterapéutica de dos adultos con diferentes situaciones socio-económicas y grados de escolaridad distintos. En el marco de Investigación Teoría Fundamentada y fenomenológica, se desarrollaron tres conceptos: ejercicios de sensibilización sonora, sono-fijación y Secuencias de Sonidos Terapéuticos Electroacústicos (SSTE), los cuales fueron propuestos como actividades en la intervención, y aplicados metodológicamente. Se realizaron mediciones del aspecto Hemodinámico por medio de un pulsoxímetro, para la obtención de datos.

Keywords:

Electroacoustic Music, Sound awareness exercises, sono-fixation, Electroacoustic Therapeutic Sound Sequences (ETSS), Mental Functions.

Abstract

The present investigation studied the contributions provided from the electroacoustic music practice and philosophy, to the music therapy intervention of two adults from different socio economical situations and education level. In Grounded Theory Investigation and phenomenology frame, three concepts were developed: sound awareness exercises, sono-fixation and Electroacoustic Therapeutic Sound Sequences (ETSS), which were proposed as activities in the intervention and applied methodologically. To obtain data tests were made in the Hemodynamic aspect by means of a pulse-oximeter.

Introducción

Después de incursionar en el campo de la música electroacústica y de investigar los trabajos de Rolando Benenzon (2000) con el grupo de Investigación de Pierre Schaeffer, junto a las correlaciones entre musicoterapia y música contemporánea descritas por Ana Lea Maranhao (2007), surgió el planteamiento de investigar las aplicaciones y los aportes de las prácticas y la filosofía de la música electroacústica al ámbito musicoterapéutico.

Con estas premisas se realizó este estudio, con el objetivo de describir cómo las prácticas y la filosofía de la música electroacústica, pueden ser aplicadas metodológicamente, a la intervención musicoterapéutica de dos usuarios adultos con diferentes grados de escolaridad. Se consideró como problema de Investigación, la

sustentación teórica de incursionar dichos aspectos de la música electroacústica, al campo de la musicoterapia, puesto que no se encuentra una rica evidencia en la literatura musicoterapéutica a nuestro alcance, ni en disciplinas afines.

No obstante, al profundizar en el pensamiento de los compositores icónicos de la música electroacústica, se observa como su filosofía propone la apreciación de cada sonido como un objeto hermoso, incluso todos aquellos que son percibidos como ruido. Así mismo apoya la idea de ver el acto de la composición musical en todo lo que puede crear sonidos en el entorno.

A partir de estas reflexiones, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los aportes de la inclusión de las prácticas y la filosofía de la música electroacústica, a los procesos de intervención musicoterapéuticos, dentro de un abordaje individualizado?,

considerando como eje central de este trabajo, que la utilización de las prácticas y la filosofía de la música electroacústica en la intervención musicoterapéutica, pueden estimular funciones mentales como la atención, la memoria y la conciencia; facilitando la creatividad, la imaginación y los estados de relajación en los usuarios.

Durante la investigación se estudió el fenómeno de hacer en conjunto con el usuario y según los objetivos terapéuticos, composiciones que involucraran las prácticas de la música electroacústica, en donde el ruido no sería descartable, sino un objeto sonoro para estructurar en dichas composiciones. Estos productos sonoros o composiciones terapéuticas, recibieron el nombre de Secuencias de Sonidos Terapéuticos Electroacústicos (SSTE), debido al procedimiento para llegar a este fin: los usuarios experimentaron las posibilidades sonoras de una grabadora especializada que engrandecía los elementos del entorno sonoro y de sus improvisaciones, al mismo tiempo que grababan los sonidos más significativos para ellos, a lo largo de la intervención.

Al finalizar cada sesión se realizaron las SSTE, utilizando un software de edición musical y teniendo precaución de editar los sonidos de acuerdo a los objetivos terapéuticos; adicionalmente durante el estudio se observaron variables cuantitativas como la frecuencia cardíaca de los usuarios y la saturación de oxígeno, dichas variables fueron medidas por medio de la utilización de un pulsómetro.

Después de obtener los resultados del estudio se discutieron las aplicaciones de la música electroacústica a la disciplina musicoterapéutica, describiéndolas como una posible técnica en musicoterapia que involucra los enfoques de musicoterapia receptiva y musicoterapia de improvisación; con el objetivo de estimular funciones mentales como; la creatividad; la atención la conciencia y la memoria junto al alcance de estados de relajación.

Filosofía de la Música Electroacústica

La música electroacústica es un género de la música académica que se desarrolló a mediados del siglo XX, con las actividades de investigación de compositores asociados a los estudios de radiodifusión; principalmente en Europa y Estados Unidos. La música electroacústica fue el primer género en la historia de la música académica, que involucró el uso de dispositi-

vos electrónicos en la composición musical. La praxis de esta música está basada en el acto de grabar sonidos desde cualquier fuente sonora y manipularlos.

Algunos compositores que desarrollaron una filosofía en torno a sus ideas y trabajos compositivos, y que fueron relevantes en este estudio fueron: Pierre Schaeffer(1988) quien define esta música como aquella que pretende “componer obras con sonidos de cualquier origen, especialmente los que se llaman ruidos, juiciosamente escogidos y reunidos después mediante técnicas electroacústicas de montaje y mezcla de las grabaciones” (p.20). John Cage (1999) para quien no existió la diferencia entre el sonido y el espacio, fue desarrollando su filosofía a partir del Budismo Zen, y de la dualidad sonido-silencio(p.12).

Karlheinz Stockhausen (1985), quien buscaba componer a partir de la intuición y la disciplina, sosteniendo que hay señales del espíritu que desde el fondo de su bagaje intuitivo recibe impulsos, incitaciones, ideas, mensajes dirigidos al cuerpo y a la razón(pp.95-104). Su filosofía era: que el hombre los animales, los átomos y las estrellas hacen música.

En el campo de la pedagogía musical fueron y continúan siendo revolucionarias las ideas y los conceptos del compositor canadiense Murray Schafer(1992), incorporó el término Paisaje sonoro en la música académica: “Denomino Soundscape (Paisaje sonoro) al entorno acústico, y con este término me refiero al campo sonoro total, cualquiera que sea el lugar donde nos encontremos” (p.12).

El acceso a la tecnología de grabación, la manipulación de cintas magnetofónicas, y el uso de dispositivos electrónicos, permitieron a estos compositores crear un nuevo lenguaje compositivo. Es así como la música electroacústica admite todos los sonidos como un material posible para estructurar composiciones, Debido a esta plasticidad, la música electroacústica se relaciona fácilmente al ámbito de la musicoterapia, buscando despertar en los usuarios la conciencia del entorno sonoro, la apreciación de cada sonido como un objeto hermoso, el insight de ser personas creativas con la capacidad de componer música.

Revisión de la literatura musicoterapéutica

Aunque no se encuentran referencias extensas en la literatura o estudios similares que relacionen la música electroacústica al ámbito

musicoterapéutico, existen algunas revistas de musicoterapia que incorporan artículos referentes a la utilización de dispositivos electrónicos en la intervención musicoterapéutica, equivalentemente es notable la correlación de esta corriente de pensamiento con la música electroacústica, ya que ambos ejes utilizan la tecnología musical para el desarrollo de sus ideas.

En las revistas *Journal of MusicTherapy*, Bárbara Morgan y Ogden Lindsley (1966, pp.135-143) hacen referencia al uso de la música estereofónica versus música monofónica. James Warren (1980, pp.16-25), describe el uso de sonidos sintetizados, patrones rítmicos y sílabas sin sentido, en conjunción con imágenes, dentro de las intervenciones musicoterapéuticas a pacientes psicóticos. En la revista *Perspectives* Robert Krout (1988, pp.114-118) introdujo la utilización de secuenciadores, para que los pacientes pudieran experimentar la composición musical de una manera natural.

En *NordicJournal of MusicTherapy*, Wendy MAGEE y Karen BURLAN (2008, pp.124-142) describen una investigación cualitativa, en el marco de teoría fundamentada, donde se estudia el uso de tecnologías musicales como procesos MIDI y software de música, al ambiente terapéutico.

Estos artículos tienen como elemento común, la apreciación por el uso de la tecnología musical en terapia, valorando como el usuario tiene acceso a un nuevo universo de sonidos, donde puede interactuar en un ambiente musical, facilitando los emergentes relacionados con la comunicación, la expresión y la construcción de una identidad y motivando al participante a comprometerse con la intervención.

Las revisiones bibliográficas más significativas en la literatura musicoterapéutica de las correlaciones entre música contemporánea y electroacústica al campo de la musicoterapia, están reseñadas por los musicoterapeutas latinoamericanos Rolando Benenzon (2000) en Argentina y Ana Lea Maranhao (2007) en Brasil.

Trabajos de Benenzon con el grupo de Investigación de Pierre Schaeffer

Para Benenzon (2000) la música electroacústica es una re-creación de los sonidos intrauterinos, es decir regresar circularmente al principio del desarrollo evolutivo, a partir de las conversaciones con el grupo de investigación musical de Pierre Schaeffer Benenzon realizó una intervención, dirigida a niños con Síndrome de

Dawn, de seis años de edad aproximadamente, la experiencia más significativa con música electroacústica fue la de escuchar con el grupo, la sinfonía para un hombre solo, del compositor de música concreta Pierre Schaeffer, (pp. 45-49).

Durante la intervención, los niños escuchaban sonidos grabados como; latidos cardíacos del corazón humano, sonidos del agua (lavatorio, ducha), sonidos de una ciudad (autobús, sirenas, tránsito con bocinas), sonidos de animales (maullidos y ladridos), este tipo de sonidos son característicos de la música concreta (subgénero de la música electroacústica). En las últimas sesiones se utilizó música de compositores representativos de los períodos; barroco temprano y tardío, clásico, y finalmente música del siglo XX (música concreta).

El resultado de este experimento fue observar como el latido cardíaco inducía en las personas una situación regresiva placentera, a un nivel más alto que la música en sí. También relata cómo entre los niños, sobre todo en los hiperactivos hubo una disminución del movimiento al escuchar la grabación.

De las experiencias de sus investigaciones, Benenzon (2000), hace 4 propuestas terapéuticas que podrían ser investigaciones de futuros musicoterapeutas: La utilización de sonidos productores de sensaciones somáticas exclusivas en pacientes hipocondríacos. Utilización en ciertos estados delirantes de sonidos que interceptan el pensamiento. El remplazo de ciertas drogas alucinógenas por sonidos que provoquen estados regresivos y alucinatorios. Utilización de sonidos como técnica de acercamiento, en niños psicóticos.

Acontecimientos Sonoros en Musicoterapia por Ana Lea Maranhao

A partir de las correlaciones entre música contemporánea, música electroacústica y música concreta, Ana Lea V. Maranhao (2007) desarrolla su concepto acontecimientos sonoros en musicoterapia, describiéndolo como formas de expresión que se presentan y que están fundamentadas en las emociones, en los sentimientos, en la emergencia de identidades representativas y proyectivas que demarcan un territorio musicoterapéutico (p.47).

Por medio de las revisiones de los pensamientos de Pierre Schaeffer (objeto sonoro) de François Bayle (imagen sonora), Murray Schafer (Paisaje sonoro), Jonh Cage (Indetermi-

nismo), Ana Lea Maranhao busca investigar y reflexionar sobre la producción sonora y la escucha musical dentro del contexto musicoterapéutico.

Maranhao remarca como con el pensamiento de estos compositores la música occidental toma nuevos rumbos, disgrega el sistema tonal, y son creados nuevos conceptos y denominaciones de elementos musicales e.g.: ultracromatismo, microtonos, glissandos (deslizamiento de sonido desde el cromatismo), clusters (aglomeraciones de notas vecinas), músicas aleatorias¹ e indeterminadas². Para Maranhao estas expresiones se utilizan para formar un pensamiento nuevo del sonido y sobre todo para hacer música.

Descripción de la intervención implementada en la investigación

La intervención propuesta en este estudio, está basada en las técnicas de la música electroacústica e involucra una serie de actividades que se realizan de manera consecutiva para alcanzar un objetivo terapéutico progresivamente. Como introducción de cada sesión, en primera instancia se invitó a los usuarios a escuchar atentamente los sonidos del entorno, como actividad central de la sesión se les pidió a los participantes grabar los sonidos que para ellos fueron más significativos, por último el musicoterapeuta investigador, transformó estos sonidos, utilizando varios software de edición musical, y editando los sonidos cuidadosamente, de acuerdo al objetivo terapéutico de cada sesión.

Durante el estudio, estas tres actividades se convirtieron en conceptos principales desarrollados a partir de la correlación entre musicoterapia y música electroacústica, que durante el estudio, en forma secuencial se nombraron así:

1. Ejercicio de sensibilización sonora.
2. Ejercicio desono-fijación.
3. Secuencias de sonidos terapéuticos electroacústicos (SSTE).

Ejercicio de Sensibilización sonora

La primera actividad o sensibilización sonora está basada en los preceptos del compositor Murray Schafer (1992) y consistió en escuchar atentamente los sonidos del entorno. La actividad está tomada de uno de los libros de Murray Schafer (1992): Hacia una educación sonora, 100 ejercicios de escucha y producción sonora.

El ejercicio consiste en entregarle al usuario

una hoja en blanco, con una consigna escrita en la parte superior de la hoja. Algunas de las consignas fueron: "Esta hoja es un instrumento musical, vas a explorar su sonido. ¿Cómo suena?" "Vas a anotar todos los sonidos que escuches en esta hoja, en la parte superior de la página se colocaran los sonidos fuertes y en la parte inferior los suaves". Otros ejercicios proponen la improvisación con objetos del entorno sonoro al alcance de la persona, por ejemplo entregar al usuario una hoja de papel con la consigna: "Esta hoja es un instrumento musical, ¿cómo suena?".

Objetivos terapéuticos del ejercicio de sensibilización sonora

El objetivo terapéutico de esta práctica es crear en el usuario una conciencia profunda del entorno sonoro, para estimular la atención, la imaginación y facilitar los estados de tranquilidad y alegría. Todos los ejercicios involucran la discriminación del sonido por medio de la atención. Otros objetivos adicionales son: Generar empatía y facilitar la verbalización en el usuario.

Ejercicio de Sono-Fijación

La actividad desono-fijación es el acto de grabar los sonidos y para después escucharlos, la importancia de este concepto tomado de la música electroacústica y relacionado a la intervención musicoterapéutica, está en que es el usuario quien realiza las grabaciones o capturas de sonido por medio de una grabadora portátil especializada, que comprende unos micrófonos y audífonos implícitos. La actividad se desarrolla con el usuario acercando o alejando los micrófonos de la grabadora al objeto sonoro, según sea su necesidad.

Durante la intervención la escucha de los sonidos del entorno con los audífonos de la grabadora, pudo generar en los usuarios, una sensación perceptiva parecida a la que produce un microscopio con la imagen, al escuchar la ampliación de los sonidos diminutos, los participantes manifestaron su asombro, al mismo tiempo que recibían los beneficios terapéuticos.

La mayoría de las grabaciones en la intervención fueron la captura de las improvisaciones del usuario, con objetos del entorno o con instrumentos musicales. Es así como el usuario experimenta su improvisación a partir de dos instancias: escuchando su improvisación en tiempo

real; con sus oídos como receptores naturales, y con los audífonos de la grabadora en donde el sonido es modificado por el dispositivo.

Objetivos terapéuticos del ejercicio de sono-fijación

Estimular procesos mentales como la conciencia, la memoria, el pensamiento, la atención, facilitar un proceso creativo en los usuarios, a través del aprendizaje de nuevas formas de escucha. Estimular la expresión del sí mismo, en el proceso de identidad personal, por medio de la captura de sonidos significativos.

Secuencias de sonidos Terapéuticos electroacústicos (SSTE)

Las Secuencias de Sonidos Terapéuticos Electroacústicos (SSTE), son sonidos colocados simultánea o consecutivamente, editados por el musicoterapeuta en su estudio grabación, por medio de software de sonido para la edición y producción musical, Esto se realizó cuidadosamente de acuerdo a los objetivos terapéuticos, buscando una buena calidad del sonido y embelleciendo la improvisación del usuario por medio de un criterio de producción musical. Adicionalmente se llamó evento sonoro (e.s) a las unidades mínimas de sonido que componen la secuencia de sonidos terapéuticos electroacústicos.

Se realizaron SSTE construidas a partir del material de la improvisación del usuario, con el objetivo de generar retroalimentación de la experiencia musical, estimular la reflexión, la valoración del sí mismo, y despertar la creatividad.

Las SSTE construidas según la historia musical del usuario facilita la verbalización de los eventos pasados de su vida, genera asociaciones, recuerdos y memorias, refuerza sonidos que lo identifican y que son parte de su identidad

En las SSTE diseñadas para la estimulación de la imaginación, se involucraron sonidos electrónicos puros como: ondas sinusoidales de frecuencia media y aguda, ruido blanco y ondas binaurales. Estos sonidos electrónicos puros estuvieron superpuestos a samples³ de sonidos. También se manipularon fragmentos de la improvisación del usuario a los que se les colocó efectos de sonido, creando nuevos objetos sonoros. Por medio de estas secuencias la imaginación, y las experiencias visuales fueron estimuladas.

Objetivos de la Secuencia de Sonidos Terapéuticos Electroacústicos

Generar una coherencia entre sesiones anteriores a la escucha de la SSTE, para facilitar la comunicación de aspectos verbales. Permitir

al usuario realizar una retroalimentación de su improvisación, recordándole aspectos que fueron más relevantes para él. Reforzar la creatividad en el usuario. Después de escuchar su improvisación en la SSTE, puede ocurrir que el usuario quiera volver a organizar su composición de manera similar o contraria a la editada por el terapeuta, valorando su propio sonido.

Para el musicoterapeuta es una herramienta de análisis de la sesión. Permite al terapeuta experimentar la improvisación del usuario, puesto que para la edición de la SSTE es necesario que el terapeuta escuche varias veces la grabación, realizando un microanálisis profundo. Otros objetivos son proporcionar estados de relajación en el usuario y dar un regalo musical.

Metodología

Participantes

Para el criterio de selección de los participantes, se decidió el trabajo con personas adultas de cualquier género, entre las edades de 18 a 70 años, preferiblemente que no tuvieran algún tipo de patología, para evitar que la intervención propuesta pudiera ser contraproducente.

Para tener una postura investigadora analítica neutral y realizar un seguimiento y adaptación de la técnica propuesta, se escogieron dos usuarios que tuvieran un perfil social y académico diferente; siendo el usuario 1 un médico psiquiatra y la usuaria 2 una señora empleada doméstica. Debían tener un grado de intelecto y cognición que les permitiera interactuar con el musicoterapeuta y así poder realizar abstracciones de las experiencias sonoras musicales.

Diseño de Investigación

En este trabajo el diseño de investigación correspondió a estudios de caso dentro del paradigma cualitativo descriptivo, en el enfoque de investigación Fenomenológica y Teoría Fundamentada. Esta Investigación buscó más describir tres actividades y observar los efectos en los usuarios, que refutar o comprobar una hipótesis.

La recolección de datos de este estudio se realizó mediante diarios de campo, verbalizaciones y microanálisis de videos y grabaciones. Se examinaron estos datos por medio de los pasos rigurosos que recomienda el enfoque fenomenológico, i.e. leer las descripciones y extraer declaraciones formales de cada protocolo.

Se continuaron formulando significados de

los participantes, agrupando significados en común de diferentes protocolos. Estas etapas tuvieron el fin de dar paso a la integración de los datos, que sustentaron la teoría fundamentada de los tres conceptos desarrollados en esta investigación: sensibilización sonora, sonofijación, y SSTE.

Dentro del paradigma cuantitativo se monitorizó la frecuencia cardíaca en la población, por medio de un pulsoxímetro con el fin de obtener la triangulación de los datos.

Procedimiento

El procedimiento de este trabajo consistió en administrar sistemática y metodológicamente a los usuarios, los tres conceptos desarrollados en el estudio, durante 20 sesiones divididas en 10 sesiones por cada usuario. En las primeras sesiones se verbalizó sobre la historia musical de cada participante y los sonidos que los identificaban.

En los encuentros posteriores se alternaba una sesión de musicoterapia de improvisación, y una sesión en el enfoque de musicoterapia receptiva siendo la actividad central escuchar las SSTE construidas a partir del material de la sesión anterior. En cada sesión se hizo una introducción por medio de un ejercicio de sensibilización sonora, y se finalizaba con la verbalización de la experiencia.

Instrumentos de Investigación

Las herramientas de investigación y los métodos de recolección de datos del estudio fueron los tipos de notas investigativas planteados en el paradigma cualitativo teoría fundamentada. Estas observaciones se registraban en cuadros que contenían diferentes respuestas categorizadas en: Emociones y sentimientos, sensaciones corporales, Experiencias visuales, memorias y recuerdos, así como los aspectos musicales, verbales, cognitivos y emocionales.

Adicionalmente se utilizó el registro por sesión en un cuadro de los aspectos hemodinámicos monitorizados, figura 1. Cuadro del aspecto hemodinámico, i.e.: la frecuencia cardíaca (FC) y la saturación de Oxígeno (O₂). En la figura 1. Cuadro del aspecto hemodinámico la FC del usuario mientras escuchó la SSTE, fue simbolizada por medio de la línea de color rojo, que para este caso es la línea inferior, mientras que el O₂ se representó con una línea de color azul que corresponde a la línea superior. El eje "y" simboliza la FC y O₂ desde el punto nulo hasta

120. El eje "x" hace referencia a la duración de la SSTE divididos por minutos y segundos, en una escala de intervalos que varía según la importancia de los eventos sonoros y de los datos obtenidos en la medición con el pulsoxímetro.

Análisis de resultados

El análisis de resultados del presente estudio, involucró en su mayoría la comparación de datos cualitativos de ambos usuarios, por cada uno de los tres conceptos descritos en la investigación. Estos datos fueron colocados cronológicamente en tablas que describían las funciones mentales, los afectos y el aspecto hemodinámico, que los tres conceptos descritos estimularon en los usuarios.

Análisis de resultados aspecto hemodinámico

La Figura 2, es un ejemplo que señala los datos cuantitativos más significativos, del aspecto hemodinámico, de uno de los usuarios a lo largo de la intervención. Al comparar los datos de ambos usuarios se observó que de manera general, se produjo un aumento en la frecuencia cardíaca de los participantes, al escuchar el latido cardíaco, ondas binaurales, ondas sinusoidales de frecuencia aguda, y la superposición de dos ondas de diferente frecuencia. En el estudio estos sonidos fueron llamados eventos sonoros, que fueron colocados en la manufactura de las SSTE.

A partir de las observaciones previamente expuestas, relacionadas con las variaciones de patrones hemodinámicos como la FC durante la escucha de las SSTE, podemos afirmar que su monitorización es una herramienta fiable para correlacionar los cambios psico-emocionales y físicos en respuesta a las diversas sensaciones; percepciones, ideas, emociones, imágenes y pensamientos que pueden emerger durante la experiencia receptiva de las SSTE. Adicionalmente la utilización de mediciones más especializadas, relacionadas con neurotecnologías, en una futura investigación arrojará explicaciones alternas en cuanto a otras respuestas fisiológicas para complementar los resultados.

Una de las deficiencias del estudio fue la pequeña cantidad de sesiones en las que se pudo hacer uso de estas actividades descritas, ante una muestra de población tan pequeña, no es posible emitir conclusiones contundentes relacionadas con los elementos específicos que constituyen las SSTE, esto podría ser materia

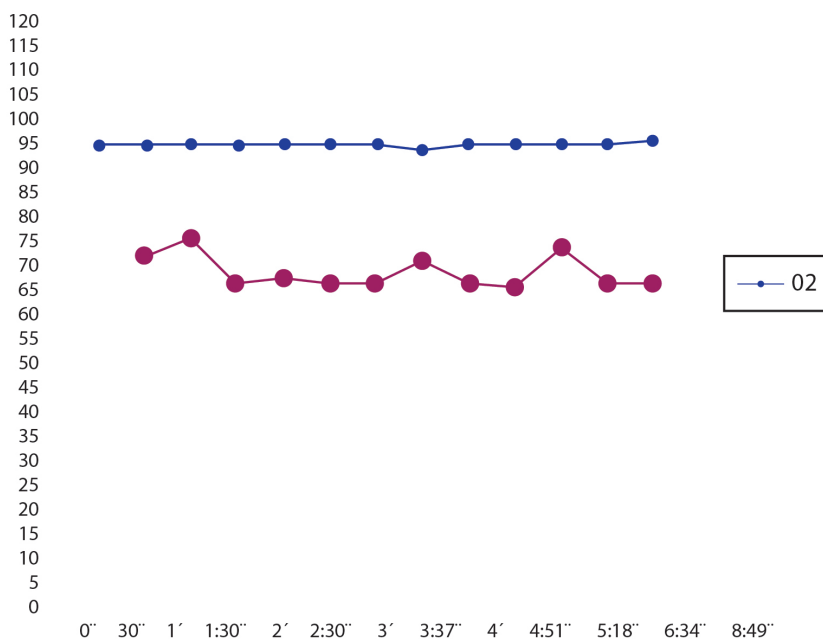


Figura 1. Cuadro del Aspecto hemodinámico, frecuencia cardíaca (FC) y la saturación de Oxígeno

posiblemente de un estudio prospectivo, para lograr establecer los verdaderos alcances de estos conceptos. De igual forma se recomienda la inclusión de una muestra poblacional más amplia, tanto en número como en edad.

Análisis de resultados ejercicio de sensibilización sonora

Al confrontar las descripciones de los usuarios en el ejercicio de sensibilización sonora de las primeras sesiones con las últimas, se observó que al final de la intervención los usuarios tuvieron una conciencia más profunda del entorno sonoro, al mismo tiempo que incrementaron su atención focalizada. Al analizar los datos se observó que al ser utilizados de manera progresiva, los usuarios estimularon funciones mentales como; la creatividad en el acto de imaginar los sonidos del entorno abstraídos de su fuente causal, la atención en la discriminación de los sonidos, la conciencia al escuchar sonidos que usualmente son ignorados.

Análisis de resultados ejercicio de sono-fijación

El ejercicio de sono-fijación, fue una de las actividades centrales en el desarrollo de las sesiones. Aunque el transporte de la grabadora digital portátil al sitio donde se realizaban las sesiones no generó obstáculos en el estudio, una de las recomendaciones es tener un encuadre

musicoterapéutico estable, con el fin de hacer un adecuado monitoreo de los dispositivos electrónicos, lo cual es indispensable para alcanzar los objetivos planteados en cada sesión. Después de leer las descripciones y los protocolos de registro de sesión, se observó que la grabadora estimuló experiencias de imaginación, al mismo tiempo que aportaba al proceso de atención focalizada de los usuarios.

Análisis de las SSTE

Para el análisis de los resultados de las SSTE se agruparon los significados de los datos obtenidos en tablas, e.g.: la Tabla 2., contiene la descripción de cada uno de los eventos sonoros (e.s) que conformaron una de las SSTE del usuario 2, así como los afectos que estos sonidos producían y las funciones mentales que dichos (e.s) estimularon.

Las SSTE construidas a partir de los sonidos de improvisaciones de sesiones previas, permitieron que el usuario 1 recordara sentimientos percibidos, en estas sesiones. Esto facilitó la verbalización del cierre del proceso terapéutico. Así mismo el usuario 1 tuvo el insight de querer repetir las improvisaciones y darles una organización personal a sus sonidos, no obstante expresó: "Muy bonita la combinación, me hizo sentir bien."

Durante el estudio se evitó dejar a los usuarios

Número de Sesión	Evento sonoro y análisis	Frecuencia Cardíaca/FC, dato cuantitativo en latidos por minuto/Lpm
Sesión 3	La FC alcanzó el punto más elevado en la escucha de: Sonido binaural, latido cardíaco, fragmentos de canciones de la historia musical. La FC se mantuvo estable al escuchar: olas del mar, sonido de gotera, cuencos tibetanos.	76 / Lpm Fue el punto más alto. Se mantuvo estable el 64/Lpm
Sesión 6	La FC disminuyó en la escucha de las ondas sinusoidales de 90hz.	De 83a69/ Lpm
Sesión 10	La FC alcanzó el punto más alto en la escucha de los sonidos binaurales. El punto más bajo en la FC lo alcanzó en la escucha de los fragmentos de su improvisación organizados por frases.	68-63/Lpm respectivamente.

Tabla 1. Datos cuantitativos del aspecto Hemodinámico del usuario 1

en estados regresivos, por lo que se prefirió la utilización de sonidos electrónicos puros y no el latido cardíaco, y se maneja cuidadosamente los fragmentos sobre las canciones de su historia musical. No se incursionó en los estados regresivos del paciente puesto que no era el objetivo de la investigación.

Las SSTE construidas a partir de las improvisaciones de la usuaria 2, estimularon su imaginación y la escucha no-ordinaria del entorno sonoro, facilitando la expresión verbal. Los recuerdos de sus improvisaciones permitieron establecer una coherencia del proceso terapéutico. Las SSTE despertaron sentimientos de alegría, tranquilidad y felicidad. Igualmente un emergente del proceso fue el Insight de ser una persona creativa, manifestado por medio de las palabras: "No pensé que esos sonidos tan bonitos los hubiera creado yo".

Discusión

La flexibilidad y el trabajo interdisciplinar son características muy importantes del investigador cualitativo en el marco de Teoría Fundamentada. Puesto que la presente investigación buscó correlacionar dos disciplinas: La musicoterapia y la música electroacústica, se hizo necesaria la obtención y el análisis de datos cualitativos por medio de la Teoría Funda-

mentada, donde se desarrollaron los conceptos desensibilización sonora, sono-fijación, y SSTE, estos fueron el producto de la búsqueda de conexiones existentes entre estos dos ejes.

Al analizarlos nuevos datos obtenidos durante el proceso de intervención, se comprendió que además de la Teoría Fundamentada, era necesaria una visión Fenomenológica para entender las experiencias de los usuarios, donde la realidad es percibida como un fenómeno complejo en cada participante.

La escasa referencia bibliográfica en la literatura a nuestro alcance, como la escasez de referencias más actualizadas, fueron los mayores obstáculos para sustentar los tres conceptos desarrollados en el estudio. Por consiguiente es recomendable realizar más investigaciones donde se incorporen correlaciones entre musicoterapia y música electroacústica, así mismo las actividades desensibilización sonora, sono-fijación, y SSTE, para seguir observando los fenómenos asociados a estos conceptos.

Con relación al proceso terapéutico se recomienda un mayor número de sesiones, con el fin de recolectar y analizar más datos cualitativos. Los alcances de la propuesta de intervención musicoterapéutica basada en música electroacústica del presente estudio, dependerán de la población a la cual sea dirigida y también de los avances tecnológicos en el conti-

Eventos sonoros de las (SSTE)	Afectos	Funciones Mentales
Improvisación del usuario con instrumentos.	Tranquilidad, sentimiento agradable.	Memoria, recuerdos de la improvisación con el piano.
Fragmentos de canciones de la Historia musical del usuario.	Nostalgia, Agrado	Memoria
Ondas sinusoidales de frecuencia media-alta.	Agrado	Creatividad, pensamiento abstracto. Asociaciones a referentes visuales de aviones, trenes.
Loop	Exaltación, Incrementación la F.C	Asociaciones a referentes visuales.
Sonido Binaural	Aceleración de la F.C.	Creatividad. Asociación del sonido a otro onomatopéyico.
Improvisación del usuario con objetos del entorno	Agrado, estimulación de la creatividad.	Atención, Conocimiento, concentración, creatividad.
Efectos de sonido a la improvisación del usuario	Insight: La usuaria manifestó ser una persona creativa.	Atención, recuerdos. autopercepción.

Tabla 2. Agrupación de significados en la recepción de las SSTE/ USUARIO 2

nuo del tiempo.

Las herramientas de especialización del sonido y programación, permitirán al terapeuta la creación de dispositivos especializados, proporcionándoles a futuros usuarios nuevas experiencias musicales. La inclusión de tecnologías musicales será una experiencia positiva, siempre y cuando se haga un monitoreo adecuado de los equipos y dispositivos a utilizar, cuidando que los volúmenes estén a un nivel óptimo, y la amplificación de la grabación por los altavoces tenga una ecualización adecuada.

Para incorporar tecnologías musicales a la intervención musicoterapéutica, es recomendable tener un plan alternativo acústico, en caso de tener problemas con los dispositivos o falta de energía eléctrica, en el estudio el ejercicio de sensibilización sonora junto a las improvisaciones, fueron los ejes de la estimulación acústica.

En la realización de las SSTE el musicoterapeuta debe anteponer los objetivos terapéuticos a su propio criterio musical, son fundamentales las verbalizaciones previas a la realización de las SSTE, con el fin de no crear un sonido anti-terapéutico para el usuario, i.e. el buen uso de las SSTE exige la conformación de una rela-

ción y un ambiente musicoterapéuticos.

De esta manera con el criterio de producción musical se trata de "embellecer" o destacar las características del sonido del usuario, sin cambiarlo. Se recomienda que para la edición de los fragmentos de la improvisación del usuario, se haga una escogencia del material sonoro, a partir del elemento que más se repitió, y se organicen de una manera sutil con algún parámetro de composición musical, e.g.: organización por frases musicales. Los conceptos desarrollados, fueron utilizados sistemáticamente, permitiendo alcanzar progresivamente los objetivos terapéuticos de generar una nueva conciencia del sonido; estimular la creatividad, la atención, la vivencia del momento presente y facilitar estados de relajación en los participantes.

Conclusiones

Por medio de la investigación Teoría Fundamentada se logró hacer la descripción de un programa de intervención musicoterapéutica basado en las prácticas y la filosofía de la música electroacústica. En consecuencia desde una mirada fenomenológica, se desarrollaron tres conceptos: Los ejercicios de sensibilización so-

nora, ejercicio de sono-fijación y Secuencias de Sonidos Terapéuticos Electroacústicos (SSTE), siendo estas actividades los primeros lineamientos para una futura técnica musicoterapéutica.

Dichos conceptos se enmarcaron en los enfoques de musicoterapia receptiva y musicoterapia de improvisación. Igualmente se logró diseñar e implementar un programa de musicoterapia, basado en las prácticas y la filosofía de la música electroacústica, el cual durante 23 sesiones, fue administrado metodológicamente y sistemáticamente a dos adultos con ambientes socio-culturales distintos.

Los ejercicios de sensibilización sonora generaron empatía en la relación usuario-terapeuta, promoviendo la conciencia del entorno sonoro. En el ejercicio de sono-fijación se observó que la grabadora, se convirtió en un objeto intermedio, donde el terapeuta fue un facilitador de la experiencia musical del paciente. Las SSTE realizadas a partir de las improvisaciones, funcionan para generar en los usuarios la valoración del sí mismo, y el estado de reflexión, además de permitir una retroalimentación de las improvisaciones,

En la medición de los aspectos hemodinámicos de los usuarios, al escucharlas SSTE, se puede concluir que de manera general, se produjo un aumento de la frecuencia cardíaca, al escuchar sonidos como: el latido cardíaco, las ondas binaurales, ondas sinusoidales de frecuencia aguda, y la superposición de dos ondas de diferente frecuencia. Así mismo al analizar los resultados obtenidos de los gráficos que median el aspecto hemodinámico, se observó el descenso de la Frecuencia Cardíaca, toda vez que finalizaban la escucha de las SSTE, dando evidencia de los alcances de estados de relajación en ambos usuarios.

Después de analizar los resultados del estudio se concluyó que los conceptos desarrollados en la intervención, facilitaron en los usuarios, la búsqueda de sonidos para el desarrollo de una identidad, la capacidad de reflexión, la estimulación de funciones mentales como; la atención, la creatividad, la conciencia, la memoria. De igual manera proporcionó insight positivos en los usuarios,

junto al alcance de estados de relajación.

Referencias

- BENZON, Rolando. (2000). Musicoterapia de la teoría a la práctica. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., .
- CAGE, John. (1999). Escritos al Oído. España: Artes graficas Soler. S.L. Valencia.
- KROUT, Robert E. M.Ed. (1987). The micro-computing Music Therapist. Perspectives, Volume 4.
- KROUT, Robert E. M.Ed & MASON Mark. (1988). Using computer and electronic music resources in clinical Musictherapy with behaviorally disordered students, 12 to 18 years old. Perspectives, Volume 5.
- KROUT, Robert. (1992). Integrating Technology version 5.1. Perspectives, Volume 10.
- MAGEE, Wendy L. y BURLAN, Karen. (2008). An Exploratory Study of the Use of Electronic Music Technologies in Clinical Music Therapy. Nordic Journal of Music Therapy, 17, (2).
- MARANHAO, Ana Léa V. (2007). Acontecimentos Sonoros em Musicoterapia, a ambienciaterapeutica. Sao Paulo: Apontamentos Editora,
- MORGAN, Barbara, J. & LINDSLEY, Ogden R. (1966). Operant Preference for Stereophonic over Monophonic music. Journal of Music Therapy, Volume III(4).
- SCHAEFFER, Pierre. (1988). Tratado de los objetos musicales. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- SCHAFER, Murray. (1998). El rinoceronte en el aula. Argentina: Ricordi Americana Morello S.A. Artes gráficas.
- SCHAFER, Murray. (1992). Hacia una educación Sonora. 100 ejercicios de escucha y producción sonora. México: Arcana Ed.
- STRAUSS, Anselm & CORBIN, Juliet. (2002).

Bases de la Investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

TANNENBAUM, Mya.(1985). Stockhausen entrevista sobre el genio musical. Italia: Ediciones Turner S.A.

VALDIVIESO Sergio y RAMIREZ.(2002).El Insight en psicoanálisis y sus dimensiones. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Chile: Editoriales Arroba.

WARREN James. (1980).Paired Associate learning in Chronic Institutionalized subjects using synthesized sounds, Nonsense syllables, and Rhythmic sounds. Journal of Musicotherapy.XVII (1). 16-25.

Notas

1 - Música compuesta a partir de las operaciones del azar, de las probabilidades, como por ejemplo el juego con dados. En música clásica existió un juego creado por Mozart para componer sonatas. En música contemporánea se desarrolla como una técnica de composición, y es empleada por algunos compositores nombrados anteriormente en la presente investigación como: John Cage, Karlheinz Stockhausen. Otros compositores de música contemporánea que utilizaron esta técnica fueron los italianos Franco Donatoni y Bruno Maderna, y el compositor y pedagogo francés Pierre Boulez entre otros.

2- En la música indeterminada el proceso compositivo no depende de la causalidad o del proceso lineal. El compositor no determina uno a varios de los aspectos de su creación, como por ejemplo: no determinar el formato de una obra bajo la premisa "Esta obra es para cualquier instrumento", o no definir aspectos de altura y duración.

3-Anglicismo para denominar muestras o fragmentos de sonido.



Primer espacio dedicado íntegramente a la Musicoterapia en la ciudad de La Plata.
Habilitado por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (Disposición 2958/2015)

- Atención terapéutica individual.
- Grupos de musicoterapia para niños y niñas.
- Grupos de musicoterapia para adultos.

Área infantil:
Lic. Jimena Betervide - MP 129640
(0221) 15-591-1320

Área de adultos:
Lic. Verónica Cannarozzo - MP 255
(0221) 15-558-1728

48 n° 989 3er piso B - La Plata
www.levaremusicoterapia.com.ar
info@levaremusicoterapia.com.ar

Lic. Sabatini Laura

Musicoterapeuta
Salud Mental y Rehabilitación
Niños y adultos

✉ mtsabatinilaura@gmail.com

Lic. Marcos Vidret

✉ mvidret@gmail.com

Selva Santesteban

Lic en Psicología.
Musicoterapeuta.
Psicooncóloga
Psicooncología y cuidados Paliativos

✉ selvasantesteban@yahoo.com.ar

Amelia Ferraggina

✉ ameliaf@fibertel.com.ar

La música es el sonido del arte ocupado
en cambiar el cerebro
(Jonah Lehrer :Proust y la Neuro-
ciencia Edit Paidós)



Salud Mental Comunitaria en la provincia de Chubut, Argentina.

Lic. María Sol Fernández

*Residente Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria Hospital Zonal de Trelew. Chubut, Argentina.
eneroseramio@gmail.com*

Introducción

El presente artículo tiene como anclaje territorial, la Provincia de Chubut, que se encuentra ubicada en el centro de la región Patagónica. La misma constituye la tercera provincia más grande geográficamente del país, con una población estimada de 570.000 habitantes (INDEC). Las ciudades principales de la Provincia son Comodoro Rivadavia, Trelew, Rawson, Puerto Madryn, Esquel y Trevelin; ubicadas en tres regiones geográficas diferentes: Cordillera de los Andes, Meseta Central y Litoral Atlántico.

Sistema de salud de la Provincia de Chubut

El sistema de salud de la provincia está compuesto por 31 Hospitales, 45 Centros de Salud de Nivel II y 41 Puestos Sanitarios. Hace trece años y en el marco de un proceso de cambio de Paradigma, hoy avalado por la Ley Nacional de S. M. N 26.657, sancionada en Noviembre de 2010 y la Ley provincial de S. M N 384 sancionada anteriormente, en el año 2009, se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. En esta línea se entiende que la preservación y mejoramiento de la misma, implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Partiendo de esta concepción, es que se diseña y se pone en funcionamiento la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISMChubut) con el objetivo de capacitar y formar recursos humanos destinados a llevar adelante el paradigma de la Salud Men-

tal Comunitaria en la Provincia de Chubut.

La RISMChubut tiene sede en cuatro ciudades de la Provincia y es parte de una estrategia de capacitación a profesionales de distintas áreas, con intención de que éstos, y en el marco de la Atención Primaria de Salud, puedan desarrollar con la comunidad actividades centradas en la promoción y prevención de la salud dentro de estrategias que aborden problemáticas psicosociales y de esta manera intervenir en la búsqueda a soluciones a las necesidades y problemas de la comunidad. El objetivo primordial es el cambio social.

Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria

El campo de la Salud Mental Comunitaria es un campo complejo que nos obliga a reflexionar sobre las problemáticas no desde una sola mirada, sino con los aportes provenientes de la antropología, las ciencias de la educación, la enfermería, la medicina, la musicoterapia, el psicoanálisis, la psicología, la psiquiatría, la sociología, la terapia ocupacional, el trabajo social. Esta forma de abordar el campo de la Salud Mental Comunitaria, redefine las prácticas, las incumbencias y la formación profesional. Y se involucra en dos frentes, por un lado la tarea interna que es la construcción teórica, metodológica y profesional. Y por otro lado, la externa que es el mismo campo de acción e intervención. En este sentido *“la interdisciplina es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”* (Stolkiner, 1999).

El abordaje comunitario es un modelo orientado a trabajar con la comunidad en contraposición al modelo hegemónico centrado en el Hospital, el cual permite el acercamiento con la comunidad apuntando a destacar el potencial de los individuos, las redes sociales, los grupos y la comunidad en general, para participar en la búsqueda de soluciones a las problemáticas sentidas por la población, contribuyendo a generar respuestas locales

Formación profesional dentro del programa de Residencias de la provincia de Chubut

En el año 2015 se abre la inscripción al examen de residencia en la provincia, incorporándose por primera vez la Licenciatura en Musicoterapia al equipo interdisciplinario de la residencia, el cual se encuentra actualmente conformado por profesionales de las disciplinas de psicología, terapia ocupacional, musicoterapia, trabajo social y trabajadores comunitarios de terreno.

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, es una formación teórico-práctico de tres años. El residente durante el primer

consultorio compartido con otros profesionales; rotación por dispositivos de Salud Mental; guardias pasivas en los Hospital Generales, rotación por el Centro Especializado en Salud Integral del Adolescente (C.E.S.I.A.), rotación en espacios rurales, rotación Externa. Actividades de capacitación, docencia y supervisión, ateneos, jornadas y actividades intersectoriales.

Rol del profesional Musicoterapeuta

En relación a lo antedicho, se espera del profesional dentro del equipo de Salud Mental, trabaje en interdisciplina, aportando su saber específico para crear junto a otros profesionales y a la comunidad, herramientas particulares para cada coyuntura.

En el caso de la Musicoterapia, y al ser una disciplina nueva dentro de la Residencia, va abriendo camino con algunas intervenciones y lecturas de la realidad, desde una orientación humanística existencial y comunitaria. Dar a conocer los alcances de la Musicoterapia en distintas áreas de conocimiento, a través de presentación de ateneos, clases disciplinares, así como también el armado de protocolos de derivación e indicación, forman parte de las incumbencias dentro del equipo de Salud Mental.

Actualmente se lleva a cabo una serie de propuestas, donde el profesional musicoterapeuta trabaja de manera individual, como en el caso de la atención en consultorios, o de manera grupal y con otros profesionales de la salud, como por ejemplo las entrevistas de admisión o los talleres (los cuales se realizan en conjunto con trabajadoras comunitarias de terreno). Algunas de las actividades que se desarrollan actualmente son:

- Un taller de Música y promoción de Salud en la escuela primaria 164 de la ciudad de Trelew, con niños de 4°, 5° y 6° grado que presentan problemáticas de conducta, violencia, integración.
- Un taller de estimulación sonora para embarazadas en el Centro de Atención Primaria de Salud "Jorge Morado".
- Consultorio de atención individual compartido con psicólogos y terapeutas ocupacionales.
- Atención individual y promoción de Salud Mental en el trabajo con la RED comunitaria de los barrios Los Aromos, Constitución y Primera Junta de la misma ciudad de Trelew.

Todas las propuestas que se llevan a cabo



Centro de Salud barrial. Trabajo comunitario.

año, debe realizar una Investigación de Acción Participativa, que implicará un trabajo con la comunidad dentro de un área programática de la ciudad. Intervenciones domiciliarias, realización de talleres en la comunidad. A partir del segundo año se desarrollará la asistencia individual,

bajo el programa de la Residente Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, son supervisadas por un profesional del área de psicología clínica y dos psicólogas especializadas en trabajo comunitario.

Derivaciones al servicio de Musicoterapia

La demanda hacia el profesional musicoterapeuta se realiza a través de derivación de otros profesionales del equipo de atención, así como también por solicitudes de instituciones escolares y barriales, teniendo en cuenta el protocolo de indicación y derivación elaborado por el área de Musicoterapia.

Este artículo pretende contar brevemente como es el ámbito de Salud Mental enmarcado en el sector Público de la provincia del Chubut. Así como también hacer referencia a



Ateneo del servicio de Salud Mental.

la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria y a la inserción de la disciplina Musicoterapia desde el año 2015. Actualmente el equipo interdisciplinario de la Residencia cuenta con un solo profesional musicoterapeuta, lo cual implica una responsabilidad enorme ya que me comprometo a informar a todo el equipo acerca de las incumbencias de la Musicoterapia, además del trabajo cotidiano en la misma formación.

Para más información sobre la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria de la provincia de Chubut: <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/saludcapacitacion/concurso-residencia-salud-mental-comunitaria/>

Bibliografía Sugerida

- De la Aldea, E. (1998). Importancia de las Redes en las intervenciones comunitarias en situaciones de crisis social. 2o Encuentro Nacional de Trabajadores de la Salud Mental. Estrategias de intervención. Chimalteango, Guatemala.
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones: Ley 26.657 y Reglamentación. Decreto No 603/13.
- Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). (2010). Proyectos Locales Participativos. Guía para el diseño, ejecución y evaluación.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos, procesos. Paidós.
- Montero, M. (2005). Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires. Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud Mental en la Comunidad". (2009). Segunda Edición. Serie PALTEX.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada, 3, 10.

CAMINO



CENTRO ARGENTINO
DE MUSICOTERAPIA
E INVESTIGACION EN
NEURODESARROLLO
Y OBSTETRICIA

DIRECTOR
LIC. GABRIEL F. FEDERICO

DESDE 1997 MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
A TRAVÉS DE EXPERIENCIAS MUSICALES ENRIQUECEDORAS

- MUSICOTERAPIA PARA BEBÉS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD (SESIONES INDIVIDUALES Y CENTRADAS EN LA FAMILIA).
- TALLERES MUSICALES Y CLASES ADAPTADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- WORKSHOPS Y SEMINARIOS PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD.



WWW.CENTROCAMINO.COM

SEGUINOS EN



/CentroCAMINOmusicoterapia



@CentroCAMINO



/centrocaminomusicoterapia

La expresividad de la voz hablada en musicoterapia

Lic. Godetti Erica.
Universidad de Buenos Aires
ericagodetti@hotmail.com

Palabras clave:

Parámetros, cualidades, musicoterapia clínica, evaluación

Resumen

La voz es un recurso ampliamente utilizado en Musicoterapia en diferentes abordajes. Sin embargo, su uso más extendido está en relación a la voz hablada como parte de cualquier intercambio dentro de la sesión. Este enfoque sobre el uso de la voz por parte del paciente ha sido, muchas veces, pasado por alto. El presente trabajo explora, a través del análisis de una selección de casos publicados en los últimos 20 años, los parámetros de la voz hablada que tiene en cuenta el musicoterapeuta clínico. Para ello se realiza, en primer lugar, un recorrido sobre los abordajes en los que el uso de la voz es el recurso central, así como también los aportes que se pueden encontrar en nuestro país. Finalmente se presenta una comparación entre los parámetros o cualidades que cada profesional tuvo en consideración y en relación a que, a fin de fundamentar categorías de análisis que permitan el desarrollo a futuro de una herramienta de diagnóstico y evaluación.

Kerywords:

Parameters, qualities, clinical music therapy, evaluation.

Abstract

The voice is a resource widely used in music therapy in different approaches. However, its widespread use is in relation to the spoken as part of exchange within the session voice. This focus on the use of the patient voice has often been overlooked. This paper explores, through the analysis of selected cases published in the last 20 years, the parameters of the spoken voice that takes into account the clinical music therapist. To achieve this will be a tour of the approaches in which the use of the voice is the central resource as well as the contributions that can be found in our country. Finally, a comparison between the parameters that each professional took into consideration and different characteristics of the patients, in order to inform categories of analysis for the future development of a diagnostic tool and evaluation.

“Un idioma, antes de ser un código o un depositario de significados establecidos, no es más que un estilo generalizado, una manera de cantar el mundo”
Maurice Merleau- Ponty

Introducción

La voz, como una huella digital, es algo único en cada uno de nosotros. No solo esto, sino que, además, tiene la capacidad de expresar mucho más de lo que las palabras dicen en sí mismas. Innumerables son las ocasiones en las que podemos interpretar más de lo que un emisor dice con palabras por medio de su entona-

ción y de esta manera nuestra comprensión de la situación alcanza otro nivel que trasciende el mensaje verbal.

La unicidad de las características vocales de cada sujeto y de la prosodia ha sido ampliamente estudiada por la fonoaudiología, la psicoacústica, la fonética acústica y, por supuesto, la lingüística. También ha sido ampliamente difundida la comparación de la voz con un instru-

mento musical, un instrumento que además se encuentra dentro de nosotros. Pero lo cierto es que la variedad de sus posibilidades hace que toda explicación parezca sumamente reduccionista.

La voz se produce a través de un complejo mecanismo dentro de nosotros que tiene una explicación fisiológica, un sustento físico y una representación psíquica. En principio la laringe como emisora de sonido no puede compararse aisladamente con ningún instrumento musical, ya que la capacidad que poseen las cuerdas vocales de variar su tensión, su masay también la luz de la hendidura glótica permite no solo relacionarla con el órgano, el oboe o los instrumentos de cuerdas, sino que quizás, en distintas circunstancias, tenga algo de cada uno de ellos (Arauz, 1992). No hay ningún órgano en el cuerpo humano cuyo cometido principal sea el de producir voz. Los pulmones tienen como función principal la respiración. La laringe es una válvula que impide que nos atragantemos. En definitiva, la función de todos los órganos que intervienen en la fonación es, principalmente, otra.

Para aquellos que decidan trabajar con este "instrumento", es de suma importancia conocer sus características generales, pero de mucha mayor incumbencia es entender que el contenido del mensaje y lo que la acústica nos permite abordar, están en relación constante en la interpretación que hacemos de lo que estamos escuchando.

En la vida diaria estamos permanentemente utilizamos la entonación de nuestra voz para enfatizar, trascender y cambiar la intención de nuestras palabras (como es el caso de la ironía) y detectamos cuando nuestro interlocutor da a su discurso una entonación que no tiene coincidencia con sus palabras. El oyente demanda cierta "coherencia" entre el relato y la entonación que se le da al mismo, la necesidad de relación entre lo que se dice y como se lo dice, por ejemplo, si alguien nos cuenta un acontecimiento trágico en un "tono alegre" nos llevara a indagar la razón o a suponer su desapego con la situación.

Entonces, como un primer acercamiento a la temática de esta investigación podríamos establecer que hay en el discurso una musicalidad que da cuenta de la emoción del sujeto o de la presencia o ausencia de la misma (Rodríguez Bravo, 2002). Pero, ¿Qué valor adquieren estas cualidades vocales dentro de un encuadre musicoterapéutico?

La voz posee mucha importancia como re-

curso en la clínica musicoterapéutica (Austin, 2008; Newham, 1998; Baker & Ulhig, 2011; Lowey, 2004; Vidal Moro, 2010) dando la posibilidad de trabajar a través de la misma, diferentes esferas del sujeto. Tanto en diferentes intervenciones como el procesamiento verbal de las experiencias musicales. Sin embargo, aunque aparentemente la indagatoria verbal sobre el estado de ánimo del paciente se presenta en forma separada de la exploración (indagación) sonora ¿podríamos pensar que en realidad es una evaluación que el musicoterapeuta realiza simultáneamente? ¿Es posible entender ambas situaciones de forma simultánea mediante la evaluación sonora del discurso verbal del sujeto? El análisis que diariamente realizamos sobre el aspecto sonoro del discurso es, dentro del encuadre de una sesión de musicoterapia, un indicador que no debería pasar desapercibido. El motivo de esta investigación es indagar qué puede aportarle al musicoterapeuta tales cualidades sonoras de la voz hablada del sujeto en el encuadre de una sesión.

Como lo expresa Gustavo Gauna (2001) el lenguaje verbal nunca está más flaco que ante la forma expresiva de lo sonoro. Atrapado ante su carcelero, el concepto intelectual, en un intento de fuga incorpora inflexiones, modulaciones, cadencias, ritmos y otros recursos que hagan de la palabra algo más sombrío, menos explícito y más expresivo. Lo sonoro puede prescindir de la verbal mientras que este no puede sustentarse sin lo sonoro

El uso de la voz es un recurso ampliamente difundido en la práctica musicoterapéutica pero el interés abordado aquí tiene como centro las cualidades sonoras de la voz hablada como portadora de la emocionalidad del sujeto y de sus posibilidades de expresión. La pregunta que guía la investigación se orienta hacia los aportes que el conocimiento sobre la voz hablada de los pacientes haría al campo de la musicoterapia clínica

Los fenómenos paralingüísticos tienen en cuenta, como parte de la comunicación no verbal, esta "musicalidad del habla" y determinan variables, las mismas variables que se establecen para la música (altura, timbre, intensidad y ritmo), por lo tanto ¿es posible pensar que estas variables serían importantes indicadores no solo del estado de ánimo del paciente sino de su desempeño musical?

Según Smeijters (2005) una de las teorías más

importantes para los musicoterapeutas es la psicología evolutiva de Stern, debido a que está basada en la música. Smeijters menciona el desarrollo que ese autor hace sobre la percepción y los afectos de la vitalidad a fin de mostrar que la igualdad entre las características de los afectos de la vitalidad y los parámetros musicales pueden explicar la conexión entre la expresión musical de una persona y su proceso intra e interpersonal.

Stern define los afectos de la vitalidad como la cualidad dinámica de los sentimientos, utilizando términos como por ejemplo “crescendo” y “decrecendo” lo que muestra que hay una conexión entre las formas perceptuales y las formas del sentimiento. Menciona, también, que la música y la danza son ejemplos por excelencia de la expresividad de los afectos de la vitalidad. Dice Smeijters, con respecto a la teoría de Stern y como base de la del concepto de “analogía” en musicoterapia desarrollado por él, que cuando es posible describir el proceso psicológico y musical con los mismos términos en su dinámica, la analogía entre la forma musical y las formas de los sentimientos se hace visible. (Smeijsters, 2005)

Lo que cuenta es “la manera de sentir” expresada en patrones de tiempo e intensidad y lo que es más, estos patrones de intensidad y tiempo se encuentran presentes en todos lados en forma psicológica y no psicológica. Según Smeijters esto hace posible pensar la igualdad de estos patrones en distintos tipos de procesos y modalidades de expresión, entre ellos la musicalidad del habla.

Debido a que una persona es capaz de percibir estos patrones en diferentes procesos y modalidades de expresión es también capaz de expresar y percibir formas de sentimiento intra e interpersonal en patrones musicales.

Si la expresión subjetiva y la música tienen correlatos ¿se encuentran estos presentes en la musicalidad del habla? Si damos esto como válido podríamos preguntarnos

¿Qué aportes hace al musicoterapeuta clínico la consideración de los parámetros/cualidades de la voz hablada?

Para poder comenzar a responder estos interrogantes, el presente trabajo tiene como objetivos analizar los aportes de los parámetros de la voz hablada en cuanto a la expresividad del sujeto, para el campo de la musicoterapia clínica y así establecer la relación entre la expresividad de la voz hablada y la capacidad expresiva del

sujeto y determinar que parámetros o aspectos tienen en cuenta los musicoterapeutas en la clínica, a través del análisis de casos. El análisis de la lectura que el profesional hace sobre como el sujeto utiliza su voz hablada al comienzo o durante la sesión, puede ser provechoso para el desarrollo de nuestra disciplina, en pos de sumar un elemento de evaluación y seguimiento

Cualquier tiempo de conversación contiene un mensaje verbal y un mensaje no verbal. En el encuadre musicoterapéutico, este tiempo podría tomarse como el primer acercamiento a la posibilidad de expresión de quien emite. La voz hablada del sujeto tiene algo que decir sobre su música y sobre su mundo interno. ¿Cómo podemos capitalizar “la música del habla” de un sujeto y utilizar una situación que no contiene la carga afectiva de una evaluación musical para realizar la misma? Una conversación sobre cualquier tema cotidiano puede ser útil para evaluar las posibilidades de expresión de ese sujeto, en ese momento y ser una guía para determinar una primera aproximación musical que no resulte invasiva o forzada. Dilucidar qué es lo que las cualidades vocales de la voz hablada pueden aportar, podría abrirnos paso hacia la posibilidad de diseñar una herramienta de recolección de datos.

Por otro lado, la búsqueda de datos, evidencio una falta de producción en español, sobre todo en cuanto al uso de la voz en musicoterapia y también la publicación de casos en la misma línea. Si bien hay trabajos y libros publicados, no se encontró (excepto los mencionados en el marco teórico) referencias a los parámetros de la voz en general. Tampoco escritos que hicieran referencias a la voz hablada en musicoterapia.

Construir teoría desde la práctica es el principal objetivo de este tipo de escritos. Esto resulta particularmente importante en una disciplina como la musicoterapia en la cual se busca permanentemente sustentar por qué nuestra práctica funciona. El estudio de casos formaliza la práctica clínica y posibilita transmitir resultados a nuestros colegas, incluso permitir que sean puestos a prueba. La medicina clínica demanda el estudio de grupo como una convención de la investigación y utiliza el estudio de caso como muestra de lo anómalo o como falsación de una teoría determinada. Este proceso puede ser invertido proponiendo el estudio de casos como fuente de construcción teórica (Aldridge, 2005)

La voz

Estructuras y funcionamiento

Para dar cuenta de la importancia que la voz hablada tiene para la clínica musicoterapéutica es necesario, por un lado, hacer una breve explicación sobre su funcionamiento y por otro establecer a que nos referimos cuando hablamos de cualidades, parámetros o aspectos de la voz hablada. Durante la fonación las cuerdas vocales actúan como un transductor que convierte la energía aerodinámica generada por el aparato respiratorio en energía acústica que sale al nivel de los labios y que es escuchada como voz. La transducción de la energía, clave de este proceso, se produce en la glotis, por la vibración de las cuerdas vocales, modulada por las variables subglóticas y supraglóticas. Se ha tomado como referencia, para profundizar la explicación de este proceso, la descripción que realiza Paul Newham (1998) tanto de las estructuras y funcionamiento de la voz.

El tracto vocal comienza en los labios y corre en forma más o menos horizontal a través de la boca, o cavidad oral, para luego curvarse hacia abajo, estrecharse ligeramente y formar la orofaringe. Se curva en un grado aun mayor y vuelve a ensancharse formando la faringe, en cuyo punto, si la cabeza mira hacia adelante, el tubo se encuentra en un ángulo recto a partir de los labios. Por debajo de la faringe, este "tubo" aloja un segmento cilíndrico conocido como la laringe. Extendidas a lo largo de la laringe hay dos "aletas" de tejidos llamadas cuerdas vocales. En el frente se encuentran unidas a la "nuez de Adán" o cartílago tiroideo y por detrás están conectadas a dos cartílagos móviles llamados aritenóides.

Durante la respiración normal las cuerdas vocales se encuentran en reposo, una a cada lado de la laringe, como un par de cortinas abiertas permitiendo que el aire pase libremente a través de una ventana. El hueco entre las cuerdas vocales, a través del cual pasa el aire, se denomina glotis. Ajustes en la distribución de la tensión muscular laríngea, hacen que las cuerdas vocales se cierren impidiendo que el aire entre o salga de la tráquea.

El sonido de la voz es generado por el rápido y sucesivo cierre de las cuerdas vocales cientos de veces por segundo y a este proceso nos referimos cuando hablamos de la vibración de las cuerdas vocales. La apertura se denomina ab-

ducción y el cierre, aducción. La rápida aducción y abducción de las cuerdas vocales causa la liberación de aire de los pulmones a través de la glotis en unas series de sucesivas salidas de aire ("puf") creando una onda. Dentro de ciertos ciclos de vibraciones, esta onda es percibida por el oído como el sonido de la voz. Uno de los criterios para que la onda sea escuchada como un sonido acústico es que los "puf" de aire sean liberados en un rango entre 20 y 20.000 veces por segundo. Obviamente el oído humano puede detectar más sonidos que los que las cuerdas vocales pueden realizar y las cuerdas no pueden vibrar en los extremos de este rango. Estos "puf" de aire, liberados a través de la glotis, generan empujones sucesivos o lo que se llama compresión y rarefacción.

Como las cuerdas vocales están adheridas en el frente y atrás a los cartílagos tiroideos y aritenóides, respectivamente, y estos, a su vez están, conectados al tejido muscular, las cuerdas pueden estirarse por un ajuste tensional de la musculatura laríngea volviéndose más largas, delgadas y tensas. Cuando esto sucede, al igual que cuando un elástico cuando es estirado, vibran a una frecuencia más rápida, causando que la compresión y rarefacción suceda a mayor velocidad. Esto hace que el tímpano vibre más rápidamente con lo cual percibimos el sonido o el tono como más agudo. De la misma manera puede ser que las cuerdas, por la acción muscular laríngea, se vuelvan más cortas, gruesas y laxas. Cuando esto sucede, como sucede con un elástico flojo, vibra a una frecuencia más baja y libera menos "puf" de aire por segundo. En consecuencia percibimos el sonido de la voz como más grave.

Por otro lado la voz se vuelve más potente cuando aumenta la presión de aire debajo de la glotis (presión subglótica). Esto sucede cuando utilizamos la fuerza de la musculatura del torso y del diafragma para aumentar la presión con la que el aire sale de los pulmones. Esto genera que el "puf" de aire que sale golpee con mayor intensidad al tímpano que está recibiendo la onda, y en consecuencia se percibe un sonido de mayor intensidad.

Según Newham (1998), del funcionamiento fisiológico y mecánico de la operación de la voz es posible deducir las diez cualidades o parámetros que están presentes, en mayor o menor grado, en el sonido de la voz humana, ya sea cantando o hablando. Estos son:

PITCH FLUCTUATION (fluctuaciones del tono): Esta altura se mantiene más o menos constante o fluctuante en un determinado tiempo y en un determinado rango de tonos. A esto se lo llama usualmente “vibrato” y en algunas ocasiones es percibido como la inhabilidad de permanecer afinado. El mismo está determinado por el cambio de frecuencia en la vibración de las cuerdas vocales o fonación.

LOUDNESS (Volumen): El sonido de la voz es percibido en un espectro que va de fuerte (loud) a débil (quiet) determinado mayormente por la presión del aire liberado por los pulmones.

GLOTTAL ATTACK (ataque glótico): La voz se percibe como teniendo un mayor o menor ataque determinado por la fuerza con la que se unen las cuerdas vocales durante la fonación.

FREE AIR (Aire liberado): La calidad (quality) de la voz es percibida con una mayor o menor cantidad de aire determinada por el volumen o la cantidad del flujo de aire transglotal.

DISRUPTION (Ruptura): La voz humana puede en algún punto verse rota (quebrada) o esporádicamente interrumpida por ruido o aire que aparece para interrumpir la continuidad del tono. Esto puede ser fricción o contacto desigual entre las cuerdas vocales

REGISTER (registro): La voz es producida dentro de lo que se perciba como un determinado registro que puede ser modal, falsetto, silbato (whistle) o de “fritura vocal” (vocal fry). La voz se puede percibir, también, como compuesta por un ensamble combinado entre el registro modal y falsetto.

VIOLIN: La voz se puede percibir como teniendo un grado espectral de resonancia nasal. Cuando la resonancia nasal es radicalmente incrementada, el sonido se describe metafóricamente como teniendo un alto grado de violín; cuando la resonancia nasal es mínima la voz se puede escuchar como carente de violín.

HARMONIC RESONANCE (resonancia armónica): El componente más dominante de la voz, el que le da su carácter particular surge de la configuración del tracto vocal. La resonancia armónica puede ser arbitrariamente dividida

en tres cualidades que surge del tracto vocal corto y estrecho, medianamente largo y ancho y uno totalmente alargado y dilatado. Estos registros reciben el nombre flauta, clarinete y saxofón respectivamente.

VOWEL (Vocal, aeiou): La voz humana puede ser percibida como la producción de sonidos que parecen acercarse al sonido utilizable del idioma que se habla en una cultura en particular y que son producidos por las formas del tracto vocal en combinación con los movimientos de la lengua y los labios.

Es importante reseñar la descripción que Paul Newham (1998) hace sobre los parámetros vocales debido a que dicha terminología es utilizada en las viñetas que se citaran para el análisis de datos. La selección que Newham hace de estos parámetros está basada en la revisión de una extensa bibliografía que incluye diversos autores.

Podemos afirmar, que la frecuencia del sonido laríngeo varía continuamente en el transcurso de la voz hablada. Estos cambios son conocidos como la melodía o la entonación de la voz hablada, esta modificación de la frecuencia depende de los estados psicoafectivos del individuo.

La musculatura vocal es un instrumento altamente sensible de ser afectado por los cambios en el estado afectivo (Storm, 2013) Para fundamentar esto y entender la importancia de la voz hablada en musicoterapia es necesario resaltarla estrecha relación que hay entre la voz cantada y la voz hablada no solo en estructura y funcionamiento básico sino desde el punto de vista neuroanatómico, ya que esta relación permitirá establecer la forma sonora del habla como un recurso válido para la evaluación de la expresividad del sujeto.

Voz cantada/voz hablada.

No es lo mismo hablar de música y lenguaje, que hablar de voz cantada y voz hablada. Sin embargo ambos pares guardan estrecha relación si tenemos en cuenta que las regiones auditivas primarias responden de manera similar tanto para la música como para el lenguaje (Zatorre, Evans, Meyer, Gjedde, 1992), y que la corteza auditiva secundaria se activa para comprender palabras, en la audición de escalas (Sergent, Zuck, Lévesque & MacDonald, 1992), y cuando nos imaginamos un sonido (Zatorre et al., 1992) Por otro lado, el área de Broca se

activa en el acto motor de hablar, al cantar, al ejecutar música y también cuando los músicos realizan una tarea rítmica (Levitin, 2003)

En consecuencia, tanto la música como el lenguaje requieren de procesamiento representacional complejo de funciones cognitivas superiores tales como la atención, categorización, memoria y detección para ser interpretados. Sabemos entonces que ambas actividades comparten la activación de redes neuronales a nivel de la corteza cerebral.

Koelsh et al. (2004) lograron encontrar que la música no solo influye sobre el procesamiento de las palabras sino que, el sujeto también la relaciona con conceptos significantes, abstractos y concretos, independientemente del contenido emocional de los mismos. Los parámetros físicos de la información musical activan tanto asociaciones particulares, como también rutas cognitivas que relacionan la música con representaciones de conceptos semánticos. La forma sonora de lo que oímos genera representaciones en nuestro cerebro.

Özdemir, Norton y Schlaug (2006) estudiaron los correlatos neuronales compartidos y distintos entre el canto y el habla. Los resultados de la investigación reportaron conexiones bi-hemisféricas tanto para el canto como para el habla, si bien existe una lateralización derecha en el caso de la voz cantada. Es cierto que cantar es una actividad que implica mayor cantidad de conexiones que hablar canturreando o entonando, lo que llevaría a suponer un procesamiento más complejo. Pero, a pesar de esto, las similitudes que se evidencian en cuanto a emisión de la voz hablada y de la voz cantada, permiten considerar como válida la posibilidad de tomar la voz hablada como parte de la expresión musical de un sujeto. De hecho, en el proceso de adquisición del lenguaje, es difícil distinguir cuáles sonoridades son pre-musicales y cuáles son pre-lingüísticas. Esta proximidad se da por los procesos de adquisición del lenguaje y de la música.

El lenguaje es el medio para comunicar contenido, mientras que la música del lenguaje o prosodia trabaja para representar a las emociones (Loewy, 2004)

En cuanto a la percepción de la voz por parte del oyente, no podemos hablar de ella sin hacer mención al fenómeno de la comunicación. Grice (1991) luego de analizar las conversiones de la vida diaria, concluye que para que un proce-

so comunicativo se cumpla es importante que el oyente reconozca la intención del hablante en el momento que se expresa. Distingue entre lo que el hablante dice y lo que quiere significar, el sentido contextual del enunciado, basándose en lo que él llama "Principio Cooperativo"

Dependiendo de la situación comunicativa en la que nos encontremos podemos percibir de una forma o de otra el significado de lo dicho. Aquí se podría ubicar la "musicalidad" de la voz hablada en el contexto de una sesión y se vuelve pertinente, entonces, para este trabajo realizar un breve desarrollo de ciertos aspectos de la comunicación y el lugar que tiene en la misma lo que usualmente llamamos "la emoción en la voz"

La comunicación y la emoción en la voz.

Cuando hablamos con palabras, estamos seleccionando consciente y muchas veces inconscientemente elementos dinámicos, rítmicos y tímbricos para expresar nuestros deseos, pensamientos y respuestas a otros de una forma que es singularmente indicativa de quienes somos (Loewy, 2004). En el modelo inferencial planteado por Grice (1991) el comunicador proporciona una evidencia de su intención de transmitir un cierto significado que el interlocutor deberá inferir a partir de esa evidencia suministrada gracias a un principio de cooperación. Desde luego, un enunciado es sólo una parte de esa evidencia, un segmento que se ha codificado de forma lingüística, la comprensión siempre implica un factor de descodificación. En cualquier caso, el significado lingüístico al que se llegue mediante tal descodificación será sólo uno de los elementos que intervengan en un proceso de inferencia que provocará una interpretación particular del significado del hablante. Las emisiones generan de manera automática una serie de expectativas que encaminan al oyente hacia el significado del hablante (Wilson & Sperber, 2004) Dicho de otra manera cuando alguien nos dice algo buscamos su significación tanto en sus palabras como en elementos del contexto entre los cuales se encuentra las inflexiones de la voz hablada.

Wilson y Sperber, discípulos de Grice, postulan la Teoría de la Relevancia donde profundizan el hecho de que una característica esencial de la mayor parte de la comunicación humana es la expresión y el reconocimiento de intenciones. La tesis central de estos autores es que

la expectativa de cumplimiento de la máxima de relevancia que suscita un enunciado deben resultar tan precisas que guíen al oyente hasta el significado del hablante (Wilson y Sperber, 2004). La información se recupera mediante una mezcla de decodificación e inferencia justificada por una variedad de pruebas lingüísticas y no lingüísticas (el orden de las palabras, modalidad, tono de voz, expresión facial)

Rodríguez Bravo (2002) menciona la posibilidad del ser humano de comunicar estados de ánimo utilizando los sonidos de su voz y mediante el término “expresión fonostésica” desarrolla la expresividad sonora transmitida mediante los rasgos de la voz. Define “función fonostésica” como aquella que utiliza los sonidos de la voz como formas perceptibles vinculadas físicamente a algún fenómeno objetivo del que emana su sentido.

Analizando cómo funciona la expresión fonostésica el autor menciona algunas funciones expresivas que el receptor puede interpretar por las cualidades vocales de la voz del emisor. Con independencia de lo que se pueda estar diciendo, el orador transmite en el sonido de la voz informaciones sobre su propia edad y estado de salud, sobre su personalidad, su estado emocional y su contexto social, así como sobre las características físicas de aquello que está siendo objeto de su elocución.

Este autor plantea ciertas variaciones en la intensidad, timbre y tono para diferentes emociones. Así, la alegría, el miedo y la rabia tienden a situarse en la zona alta de la tesitura del orador, en cambio, la tristeza y el deseo tienden a ser construidas globalmente en la zona baja. Sin embargo, el mismo autor aclara que para construir el sonido de la alegría o de la tristeza en la voz no bastará con subir o bajar el tono modulador en nuestra tesitura, ya que cada una de estas emociones genera una estructura de entonación completamente diferente, que varía también según la edad. (Rodríguez Bravo, et al. 1999)

Estos elementos que trascienden el contenido lingüístico no son leídos de manera unívoca, si bien tampoco pueden ser ignorados. Lo importante del planteo propuesto por este autor es que nos permite pensar, en el marco de este trabajo, como esta “función fonostésica” da cuenta de la expresividad sonora del habla.

Por lo tanto, no se trata de plantear un cierre del campo de escucha centrado en la percepción de las cualidades de la voz hablada del

sujeto sino de combinar lo que escuchamos en la misma, con las posibilidades de expresión musical ¿Qué importancia le da un musicoterapeuta a las cualidades de la voz hablada? Para seguir avanzado en este análisis haremos una revisión de los principales usos de la voz en musicoterapia.

Musicoterapia Vocal

Se ha intentado, de manera general, dar un panorama de la importancia de la voz y sus cualidades. Veremos ahora, cuál ha sido el lugar de la voz en Musicoterapia durante los últimos años. Para emprender esta tarea el primer paso estará orientado a establecer los usos que se han hecho de la misma en diferentes poblaciones y áreas de la clínica.

Baker y Ullrich en su libro “Voicework in Music Therapy” (2011) definen el trabajo vocal en musicoterapia como:

El uso de la voz humana dentro de un abordaje terapéutico para lograr salud y bienestar incluyendo la mejora de las habilidades vocales, salud y homeostasis, y relaciones humanas. Trabajo Vocal incluye el uso de la respiración y el ritmo, sonidos humanos primales de expresión y comunicación en la construcción de un diálogo entre el terapeuta y el/los cliente/s, usando también ritmo, entonación, palabras, fragmentos de oraciones y ofreciendo una vocalización intersubjetiva (p. 34)

Estas autoras, antes de presentar los enfoques actuales en los que la voz es el foco primario o la principal herramienta en terapia, establecen una división entre “La voz en un encuadre psicodinámico” y “La voz en un encuadre médico” a partir de la cual plantean el desarrollo a través de los años de estas dos líneas de trabajo.

Encuadre Psicodinámico

En referencia a la voz en un encuadre psicodinámico, estas autoras citan como un comienzo de este abordaje terapéutico el trabajo pionero de Alfred Wolfsohn quien considera la voz como un instrumento primario de expresión y comunicación. Este psicólogo alemán tuvo profundas experiencias durante la Primera Guerra Mundial con los sonidos de las voces de los soldados que agonizaban en las trincheras, lo que dejó como secuelas alucinaciones auditivas que pudo superar a través de la exploración de los sonidos que recordaba y que alucinaba. Estas vocalizaciones dieron lugar a lo que se llamó

“trabajo vocal” (voicework), un abordaje que incluía la expresión profunda de emociones primarias.

Roy Hart, actor y psicólogo, estudio con Wolfsohn y luego fundó el Roy Hart Teatre del cual fue alumno Paul Newham, este fue muy influenciado por el trabajo de Wolfsohn. Newham (1998) considera que la voz expresa la identidad personal y carga la sutil música de los pensamientos y sentimientos. Este autor desarrolló un abordaje que analiza la voz en base a principios psicoterapéuticos. Sus ideas sobre el reflejo de nuestra identidad en la voz conectando el cerebro con el cuerpo, los pensamientos y las emociones han sido luego absorbidas por distintos teóricos y clínicos.

Según Sanne Storm el trabajo de Newham, a excepción de la descripción de los ingredientes de la voz, es tomado directamente de la teoría y práctica Wolfsohn y que, en cierta forma, Newham puso en palabras y en práctica lo que Hart y Wolfsohn no llegaron a concretar.

Diane Austin plantea que el uso de la voz, en la expresión, la escucha y la interpretación es una forma de acceder a aspectos inconscientes del self y de recuperar recuerdos del pasado (Austin, 2008) y que la reticencia de los clientes para cantar pueden deberse al hecho de que al hacerlo “las partes vulnerables y con poco desarrolladas del self pueden aflorar”. Sugiere que el terapeuta sea muy consciente de esto y por lo tanto facilite un ambiente terapéutico segura para el cliente, también plantea como necesario que el terapeuta se sienta cómodo con el uso de su propia voz antes de utilizar intervenciones que la impliquen el uso de la misma.

El método llamado “Embodied voicework” (<http://lisasokolov.com/embodied-voicework>) utilizado en musicoterapia, educación artística y desarrollo personal. Este método incluye la escucha, la experiencia kinestésica, la respiración, el tono y el lenguaje imaginario de nuestra vida interna. A través de la expresión libre del canto improvisado, y una actitud de receptividad radical el trabajo tiende a objetivos terapéuticos y al desarrollo de un máximo potencial del sujeto. El método se originó con el trabajo vocal para el manejo del dolor y su aplicación con población psiquiátrica. (Lowey, 2004)

Sanne Storm hizo su tesis de doctorado, tutorada por Tony Wigram, sobre la investigación y el desarrollo de un instrumentos de evaluación (VOIAS, Voice Assesment) basándose en las características individuales y vocales de pa-

cientes con depresión o y otros trastornos emocionales (Storm, 2013)

Por último, Inge Nygaard Pedersen desarrolló un abordaje de trabajo vocal en la Universidad de Aalborg en un encuadre de psiquiatría. A través de los años ha desarrollado el concepto de la voz como una forma de expresión del selfy ha instrumentado la misma como una herramienta para un mayor autoconciencia (Wigram, Pedersen y Bonde, 2002)

Encuadre médico

En el caso de la voz en un encuadre médico, el recorrido está íntimamente ligado a la neurología, a las diferentes patologías del habla y a la rehabilitación. Spark, Helm & Albert, neurólogos, desarrollaron en 1973 la terapia de entonación melódica (MIT) mientras trabajaban con pacientes con afasia (Baker & Ulhig, 2011, p.30). La entonación melódica está basada en tres elementos de la prosodia hablada: la línea melódica, el ritmo y los puntos de acentuación del habla. Sin embargo muchos pacientes afásicos no responden a la terapia de entonación melódica. Esto incluye a aquellos con afasia global y transcortical y a casi todos los que evidencian un compromiso significativo del área posterior del lenguaje. La MIT no es Musicoterapia en cuanto a que no abarca la utilización de una organización auditiva estética. Se ordena en función de las características rítmicas y melódicas del habla en sí, sin prestar atención particular a la dinámica, al fraseo armónico, la secuenciación, al estilo de la letra o a la relación musical (Lowey, 2004)

David Aldridge hizo una revisión sobre las intervenciones vocales y la rehabilitación neurológica en “Music Therapy and Neurological Interventions” (Aldridge, 2005) donde plantea la importancia del dialogo musical y vocal en las enfermedades neurodegenerativas en pacientes con movilidad reducida, dificultades en la comunicación y los procesos de pensamiento y poca conciencia de sí mismo. Baker, Wigram y Gold (2005) desarrollaron un abordaje para analizar los cambios en la voz cantada y hablada de paciente con lesión cerebral traumática. Examinaron el efecto del trabajo vocal en la entonación, una habilidad usualmente afectada en las personas con daño cerebral.

Finalmente, Joanne Loewy desarrolla la “Tonal Intervalllic Synthesis as Integration” (Síntesis interválica tonal como integración) com-

binando las intervenciones vocales con el uso de instrumentos. Plantea que la voz, como un instrumento situado dentro del cuerpo puede incidir de forma única en la medicina, utiliza su método en diversas poblaciones con el objetivo de estimular la salud y disminuir la ansiedad (Lowey, 2004)

En nuestro país

En nuestro país podemos mencionar el trabajo presentado por la Lic. María Vidal Moro en el marco del Congreso de ASAM del año 2011 "La importancia de la voz en Musicoterapia", el mismo plantea ciertas características de la voz susceptibles de análisis en la evaluación y el proceso musicoterapéutico, tanto en la voz hablada como en la voz cantada. Para la voz hablada menciona la prosodia, la altura tonal, el timbre, la intensidad, la calidad de la emisión, y en la voz cantada serían ritmo, fraseo, entonación, tesitura vocal, timbre, matices, intensidad y calidad de la emisión. Por otro lado, dentro de los trabajos presentados en las V Jornadas de Musicoterapia del Htal. Gutiérrez es interesante mencionar el trabajo de la Lic. Licastro (2010) "El tono matemático y la intervención clínica" sobre la importancia de los parámetros vocales y la entonación de la voz maternal en la adquisición del lenguaje. El habla del estilo materno, expresada en el timbre, extensión y modulación juega un papel importante en la adquisición del lenguaje por parte del niño. Esa cualidad sonora de la interacción temprana es conocida como matemáticas, también conocido como glosolalia. Un "tono entonacional" que se expresa a través de múltiples variantes, que siente y sostiene una vivencia emotiva compartida. Este trabajo plantea también que en el lenguaje sonoro se relacionan los sonidos con las intenciones y las mismas se transmiten a través de distintos modos expresivos mediante gestos sonoros no verbales como el tono, el volumen, la frecuencia e intensidad como así también la cadencia, el trayecto del habla, la sintaxis y la semántica.

En todos los abordajes mencionados la voz hablada del sujeto que concurre a la sesión se toma en cuenta dentro del acto comunicativo pero no queda establecidos, al menos en los autores citados, que el musicoterapeuta tome los parámetros de la voz hablada como una forma de evaluación de la expresividad del sujeto, podremos ver en el análisis de datos que es po-

sible encontrar esto de forma implícita dentro del encuadre psicodinámico.

Metodología

Participantes.

Los casos presentados se distribuyen en 10 adultos, 1 adolescente y 4 niños. En este orden se hará el análisis de los datos. Los casos de adultos son: seis correspondientes a Diane Austin (2008), tres de Paul Newham (1998) y un caso de Silka Ulhig (2006). El caso del adolescente pertenece a Simona Katz Niresztein, (Ulhig, 2006) y los casos de niños son de Janice M. Dvorkin & Misty D. Erlund, Viola Schönfeld, Helen Tyler (Hadley, 2004) y Gustavo Gauna (1996)

Excepto el caso de Lic. Gauna, se realizó la traducción del fragmento de los casos que se consideraba pertinente a la investigación.

Para determinar si el musicoterapeuta tiene en cuenta la voz hablada del paciente, se utilizará como dato la consideración que el musicoterapeuta hace de los parámetros de la voz hablada, (de la musicalidad del habla) en el marco de casos clínicos.

El objeto de estudio de este trabajo está configurado por la consideración por parte del musicoterapeuta de todos aquellos rasgos sonoros de la comunicación oral que, sin provenir del léxico o de la gramática se encabalgan en esas estructuras modificándolas, matizando sus contenidos, generando en el receptor sensaciones y emociones o conformando en su mente una determinada imagen del emisor (Rodríguez Bravo, 1989).

Según las fuentes consultadas o según los diferentes autores estos rasgos sonoros son denominados de diferentes maneras (parámetros, cualidades, características y categorías) A lo largo de este estudio su designación va cambiando de acuerdo al uso que el autor citado le da a los mismos y caso contrario se denominarán parámetros.

Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue mediante la consulta manual (en español y en inglés) de:

- Libros, publicaciones de musicoterapia, publicaciones de Jornadas, Congresos, Simposios de Musicoterapia (Biblioteca de la Asociación Argentina de Musicoterapia, Biblioteca

Nacional de la República Argentina “Mariano Moreno”)

- Publicaciones de revistas y artículos específicos de musicoterapia y de otras disciplinas (Science Magazine, Nature Neuroscience, Revista de investigación lingüística, , University of Queensland)

- Bases de datos (Voices.no, Pubmed, Medline)
- Trabajos de Tesis y Tesinas de diferentes universidades de nuestro país y del exterior (UBA, UAI, Universidad del Salvador, Universidad de la Lérica, Universidad Autónoma de Barcelona, UNAM)

Criterios de selección de los casos

Los criterios de selección utilizados para la selección de los casos fueron los siguientes:

- Que los casos o viñetas estuvieran publicados en libros y/o congresos y/o jornadas.
- Que fueran de los últimos 20 años
- Que dieran cuenta o hicieran alusión al marco teórico desde cual trabajaban.
- Que hicieran referencia a las características de la voz hablada del sujeto

Análisis de datos La exposición de los datos recolectados se hará en base a los objetivos planteados y dentro de lo que Baker & Ulhig (2011) denominan “Encuadre psicodinámico”

- Establecer la relación entre la expresividad de la voz hablada y la capacidad expresiva musical del sujeto.

- Determinar que parámetros o aspectos de la voz hablada se tienen en cuenta.

Es necesario aclarar que no hay una descripción unívoca sobre las características de la voz hablada en los casos presentados. Sin embargo Juslin & Scherer (citado en Storm, 2013) luego de una revisión sobre diferentes estudios que relacionan los parámetros de la voz con las emociones, establecen cuatro categorías principales:

- Frecuencia fundamental
- Intensidad de la voz
- Calidad de la voz
- Temporalidad del discurso

Según estos autores, de estas cuatro categorías, surgen los aspectos más analizados de la voz hablada. Plantean, también, que estas categorías son susceptibles de análisis más profundos y detallados los cuales mencionan en falta,

debido a la dificultad que representa medirlos e interpretarlos, aunque la tecnología que implica el nuevo software puede revertir esta tendencia en el futuro. Estos análisis más detallados se pueden ver también en los distintos “ingredientes de la voz” que plantea Newham y sin duda conceptos como “la cualidad de la voz” plantean interrogantes sobre la especificidad, sin embargo a los fines de este estudio el análisis se hará en relación a los cuatro parámetros planteados por Juslin & Scherer, entendiéndolo que nos permiten establecer el aporte que implica para el musicoterapeuta la escucha de los mismos.

Para poder analizar la relación entre distintos aspectos del paciente y los parámetros cualitativos de su voz hablada fue necesario hacer un recorte para establecer categorías sobre dichos aspectos. Teniendo en cuenta la totalidad de los casos presentados se evidencian categorías sobre aspectos personales, mediante la descripción que cada uno hace de sus pacientes. Las categorías establecidas a través de este análisis son las siguientes

- Calidad vocal
- Calidad individual
- Expresividad musical

Las mismas se definen a continuación con el objetivo de alcanzar una comprensión cabal del fenómeno estudiado.

Cualidad vocal

A los fines de este estudio se entiende como cualidad vocal lo que he mencionado como parte del objeto de estudio dentro del marco teórico, es decir todos aquellos rasgos sonoros de la comunicación oral que, sin provenir del léxico o de la gramática se encabalgan en esas estructuras modificándolas, matizando sus contenidos, generando en el receptor sensaciones y emociones o conformando en su mente una determinada imagen del emisor (Rodríguez Bravo, 1989)

Características individuales

Debido a que este no es el foco del presente trabajo no se entrará en detalle sobre el tema, simplemente entender que al referirnos a características individuales entendemos las mismas como parte de lo que se denomina personalidad. La RAE define la misma como el conjunto

de cualidades o características originales que se destacan en las personas. Allport desarrolla dentro de la psicología de la personalidad el concepto de "self" e incluye en este lo que él denomina "disposiciones personales". Las mismas se definen como los rasgos propios de un individuo a diferencia de los que comparten varias personas (Allport en Schultz & Schultz, 2002) A los fines del presente cuadro entendemos dentro de este concepto de "disposiciones personales" la categoría de características individuales.

Expresividad musical

En cuanto a lo que se considera en el presente estudio como expresividad musical esta en relación con el concepto de musicking. Este es un término acuñado por Christopher Small, cuya definición incluye la participación, desde cualquier capacidad del sujeto, de una actividad musical, escuchando, practicando, ensayando, componiendo o bailando. Musicking es una actividad social, no una cosa. Significa que la música existe en la actividad misma (performance) (Small, 1998)

Se suman a este análisis los parámetros vocales con los que se pueden relacionar las cate-

gorías definidas hasta aquí

Parámetros vocales

Como se aclaró al comienzo de esta sección, se tomarán como parámetros vocales las categorías planteadas por Juslin & Scherer. Estas no se encuentran expresadas en las viñetas tal y como las plantean estos autores, pero sin duda están presentes y han sido interpretadas desde enunciados del tipo "(...) hablaba calmadamente, sin emoción (...)" mediante el cual se entiende que se hace alusión a la temporalidad del discurso como así también a la cualidad de la voz. Teniendo en cuenta este tipo de descripción se seleccionaron y analizaron los datos

Resultados

A través de un cuadro de doble entrada se analizaron los parámetros de la voz hablada y las categorías establecidas para las características individuales con el objetivo de poder establecer una relación entre ambas según los casos analizados, a continuación se detallan los resultados que pudieron evidenciarse en dicho cuadro comparativo.

Fig. 1 Ejemplo cuadro comparativo

Caso	Características Vocales	Características Individuales	Expresividad Musical	Parámetros vocales (Juslin & Scherer)

En cuatro de los seis casos tomados de Austin la cualidad de la voz hablada es un parámetro que esta autora toma como un dato concreto que dirige hacia una intervención puntual. En los casos restantes (Ann y Vicky) son la temporalidad del discurso y la frecuencia fundamental lo que llama su atención. En el caso de Ann, Austin pone el foco en el hablar calmado y en la utilización del rango medio de la voz, lo cual luego se condice con las posibilidades expresivas de la voz cantada, de esta manera Austin también hace hincapié en la inseguridad que experimenta Ann en diferentes esferas de su vida. En el caso de Vicky, en el anterior, Austin plantea desde una temporalidad y una frecuencia en cuanto a la voz hablada, pero en este caso

su intervención lleva a las que la voz cantada adquiera características diferentes, plantea este giro en consecuencia a lo que considera un necesidad de la Vicky de perfeccionismo que le impide "conectarse" con momento de reflexión.

Podemos decir que es Diane Austin en quien se evidencian las más claras alusiones a las características vocales como portadoras de las posibilidades (o imposibilidades) del sujeto. En el caso Liz Austin orienta su intervención desde lo que escucha en la voz, entendiendo la falta de emoción de la misma como disociación del cliente con sus sentimientos o su estado emocional y a partir de aquí plantea una búsqueda de "conexión". La cualidad de la voz aporta en este caso una interpretación de la posibilidad expre-

siva del cliente.

Con Michelle, Austin define las características generales de su persona desde como percibió la voz hablada y trabaja el uso de la voz cantada desde esta percepción. Aquí la intensidad de la voz hablada junto la cualidad de la misma, ambas sostenidas en cuenta desde el primer momento para orientar el trabajo en sesión.

Sanne Storm (2013) define el trabajo de Austin como un proceso que va de la voz hablada a la voz cantada y es, sin duda, de los autores trabajados, quien hace las referencias más claras a las características de la voz hablada y su consecuente injerencia en las intervenciones posteriores.

En los casos tomados de Paul Newham, es necesario aclarar que su propuesta de trabajo incluye un sistema de notación y de nomenclatura de los ingredientes de la voz, desarrollados por él y descriptos brevemente en el marco teórico del presente estudio. El lugar de la voz hablada en su trabajo es claro y está sumamente detallado en su obra, aunque la terminología utilizada dista mucho de la descripción que hemos visto en Diane Austin.

En el caso Martin la temporalidad del discurso se vuelve relevante teniendo en cuenta el "tartamudeo" y que el mismo, es tomado por Newham, como referente de la voz hablada y no como una patología del habla ya que señala que esta dificultad que Martin experimenta está relacionada con una configuración de tracto vocal que produce una voz "tensa y contraída", en este punto podemos ubicar, también, una referencia a la cualidad de la voz.

En Mary es interesante ver como es la percepción de los parámetros de la voz hablada por parte del propio sujeto lo que se vuelve relevante para el musicoterapeuta. Aquí Newham plantea lo que el cliente siente sobre su voz hablada (Cualidad) y sobre la relación de la misma con la personalidad. Newham trabaja desde esta percepción hacia el desarrollo de la voz cantada con la utilización de la intensidad y la cualidad, parámetros que fueron descriptos como conflictivos por parte del cliente.

Tanto en las viñetas de Newham como en Austin, es la cualidad de la voz es la categoría que se encuentra presente en todos, al cual se suma la frecuencia y la temporalidad en orden importancia.

En el caso Monique (Ulhig) la cualidad y la intensidad de la voz son los parámetros de la voz hablada sobre los cuales se plantean las dificultades

de expresividad y sobre los cuales se trabaja para dar paso a un nuevo recurso expresivo.

Eli, el adolescente con cual trabaja Niresztein, evidencia en la intensidad y la cualidad de su voz hablada un quiebre en el proceso terapéutico. Aunque la voz no es el principal recurso, si se presenta como determinante en cuanto a la percepción del proceso por parte del musicoterapeuta. El sujeto de este caso presenta puntualmente dificultades en la comunicación, no así en su expresividad musical la cual se manifiesta a través del uso del teclado. La finalidad por la cual fue derivado a musicoterapia es su negación a hablar en psicoterapia. En el momento que se hace presente en la sesión el uso de la voz hablada, las características de la misma son comparadas por Niresztein con el tipo y estilo de música escogido por Eli.

Dentro de este análisis de casos se incluyen cuatro casos con niños. Como sucedía con Eli aquí tampoco es central el uso de la voz aunque sin duda se presenta como un recurso de suma importancia. La temporalidad del discurso es el parámetro o característica que se presenta en todos como un dato que el musicoterapeuta toma en cuenta. En el caso de Elana, la razón de la consulta esta en relación directa con el uso de la voz, pero es la percepción de la voz hablada dentro la sesión lo que dirige las intervenciones. Lo mismo sucede con Jennifer si dirige desde la voz hablada y, en este caso, hacia la voz hablada mediante el uso de la misma a través de cuentos y canciones.

En Ira (Schönfeld), el musicoterapeuta plantea el desborde emocional que percibe en la niña desde las características de la voz hablada (intensidad y temporalidad), instancia que se ve reflejada (y resaltada) en las características de la voz cantada. En este caso, la intervención se orienta a darle lugar al desborde que se veía en la voz halada a través de la voz cantada.

Por último, Gustavo Gauna, en su libro "Entre los sonidos y el silencio" presenta el caso de Leandro. Aquí la temporalidad del discurso es válida en relación al uso limitado de lenguaje que Gauna menciona en combinación con la poca intensidad, la intervención a través del grabador que evidencia un desarrollo de los parámetros señalados como conflictivos.

Por lo tanto podemos ver que en orden de importancia en la escucha que estos musicoterapeutas plantean en la descripción de sus casos, la cualidad del discursos es menciona en 11 de

los casos, la temporalidad del discurso en 7, en intensidad en 4 y la frecuencia fundamental en 4.

En base a lo analizado podemos observar, entonces, que cualidad de la voz es una de las categorías que aparece con más incidencia. Es cierto también que esta categoría es la más difícil de definir ya que mantiene con las cualidades acústicas del sonido la relación de timbre, el cual es un conjunto de armónicos que hace que un sonido tenga una unicidad específica que solo puede medirse a través de instrumentos de precisión, que permiten visualizar la superposición de los formantes. La cualidad de la voz hablada deja un lugar demasiado amplio a la descripción subjetiva de quien está escuchando, pero esto no lo descarta como parámetro de escucha que puede aportar datos concretos sobre la capacidad expresiva del sujeto. En tal caso, ¿sería posible establecer categorías dentro del timbre (cualidad)? ¿Podría adquirir relevancia si estuviera en relación a otras características? Como hemos visto en el análisis, la cualidad de la voz hablada es una categoría que no podemos pasar por alto. Una forma de capitalizarla podría ser en combinación con la escucha del desempeño musical del sujeto, y aunque su descripción sea siempre parcial o subjetiva, comenzar a realizarla podría traer luz a esta relación que se evidencia en la descripción de las viñetas.

El análisis ubica en segundo lugar de importancia a la temporalidad del discurso, este parámetro aunque más susceptible de medición por su relación con el tiempo queda, también, a merced de la percepción subjetiva en cuanto al uso y la interpretación que las viñetas indican. La intensidad y la frecuencia aparecen con menor mucha menor incidencia y serían entre las categorías mencionadas las que están al alcance de una medición más sencilla e inmediata, a menos en cuanto a valores descriptivos (agudo, grave, fuerte, débil) Sin embargo, ¿Qué sucede a la hora de analizar estos planteamientos a luz de la pregunta que ha guiado esta investigación?

¿Qué le aporta al musicoterapeuta la escucha de los parámetros de la voz hablada?

En 9 de los 11 los casos en que las viñetas hacen referencia a la cualidad de la voz el musicoterapeuta utiliza esta información como un indicador directo de ciertas características personales del sujeto o de su capacidad expresiva musical. En los 7 casos que hacen referencia a la temporalidad del discurso el mismo tiene correlación con la temporalidad de la voz cantada

o de la ejecución de un instrumento. En el caso de la intensidad y la frecuencia los valores se vuelven más irregulares ya que en ambas se ve la divergencia de que ambas aumentan o disminuyen indistintamente entre la voz hablada y la expresividad musical aunque siempre en relación a la intervención del musicoterapeuta.

Conclusiones

La voz hablada en musicoterapia es un recurso que plantea grandes desafíos por la dificultad de una lectura unívoca, sin embargo dichas dificultades no debería opacar su enorme potencial. Cualquier aspecto de nuestra práctica que elijamos analizar será siempre parcial, y los parámetros de la voz hablada no son la excepción. Esto no debería llevar a una falta de especificidad sino a un compromiso con el intercambio a través de la producción escrita. Seguramente lo ideal sería que fuésemos tan claros en nuestro procedimientos que si otros colegas quisieran repetir lo que hicimos pudieran hacerlo (Aldridge citado en Storm, 2013) pero mientras tanto es imprescindible plasmar nuestro recorte del fenómeno a compartir, sustentándolo de la manera más teórica posible a fin de verdaderamente poder generar teoría a partir de la práctica.

El análisis de los casos seleccionados ha evidenciado una clara consideración de la voz hablada por parte del musicoterapeuta, tanto en su evaluación inicial como, en diferentes momentos del proceso. Los aportes que esta consideración realiza están en relación a tres posibilidades: primero, una inferencia del estado de ánimo; segundo, en relación a ciertos aspectos de la personalidad y, finalmente, guarda semejanzas con las posibilidades de expresividad musical. Este último punto es el que aparece con menor incidencia. La relación con la expresividad musical es más distante, y aunque en algunos de los casos la misma guarda relación con los parámetros de la voz hablada en otros muestra el desarrollo contrario, aunque siempre debido a la intervención del musicoterapeuta. La dificultad de encontrar relación en este punto radica, principalmente, en el hecho de que el fenómeno mismo está sujeto a la interpretación que el profesional hace de lo que sucede, el recorte en su discurso, la transmisión de información que implica la publicación de un caso, nos da simplemente una las perspectivas que tiene una situación clínica particular.

Por lo tanto, no hay relación unívoca, pero sí categorías susceptibles de ser tenidas en cuenta para un desarrollo posterior. Parámetros que a pesar de su complejidad no dejan de ser indicadores que nos permiten analizar el fenómeno de la voz hablada y su lugar para el musicoterapeuta.

Por difícil que resulte recortar y medir lo que escuchamos en la expresividad del sujeto que concurre a musicoterapia es necesario hacer constantemente el esfuerzo de analizar y buscar la teoría que fundamente lo que nos concierne como profesionales. Probablemente esa búsqueda nos lleve a profundizar en otras disciplinas para luego poder construir un conocimiento propio que pueda unir sonido, salud y sujeto. En el tema tratado en este trabajo, sustentar la importancia de la voz hablada en musicoterapia inevitablemente llevo a diversos campos de conocimiento que por momentos fueron difíciles de acotar. La revisión bibliográfica y el análisis de casos dejan abierto el interrogante sobre la necesidad (y la posibilidad real) de una herramienta de evaluación y seguimiento que esté basada en la expresión sonora del habla.

Establecer categorías de escucha, sustentarlas desde la teoría y llevarlas a la práctica genera nueva teoría. Carolyn Kenny utiliza la metáfora de un árbol para explicar que nuestras filosofías son las raíces de nuestro conocimiento, ellas forman nuestras teorías que son el tronco y que son los mapas a través de los cuales leemos los fenómenos. Mapas que guían nuestra práctica. Los datos que acumulamos en esa práctica son el resultado de nuestros métodos de investigación, el fruto de nuestros esfuerzos. Ese fruto vuelve a la tierra y nutre la raíz para la próxima temporada. La teoría nunca se genera aisladamente es fruto de una práctica analizada (Storm, 2013)

Me parece interesante considerar que el hecho de que la musicoterapia haya construido su cuerpo teórico a partir de la práctica ha generado un descuido en la creación de herramientas de evaluación efectivas, lo cual es indispensable en otras prácticas. Sin embargo en este pensamiento, también, es imprescindible como primer paso establecer categorías de análisis, en lo cual considero que este estudio podría ser un primer paso.

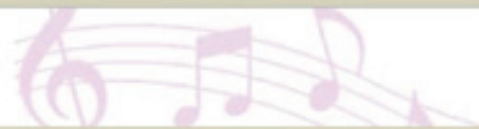
Futuras investigaciones, orientadas al desarrollo de una herramienta de diagnóstico y evaluación, deberían tener en cuenta dos aspectos. Por un lado, el análisis a través de la escucha,

por parte de musicoterapeutas capacitados, de sujetos en situaciones de conversaciones casuales y luego la escucha de la expresión musical de esos mismos sujetos por parte de otro grupo de musicoterapeutas y establecer a partir de ahí un cruce de información que permita establecer categorías cada vez más claras. No es la intención cerrar el campo de escucha encasillando al sujeto en algún tipo de estructura rígida, sino por el contrario ampliar la escucha del musicoterapeuta clínico en la relación a las características de la voz hablada como una forma de comenzar a trabajar las posibilidades musicales del sujeto aún en aquellos momentos en que éste no está listo para comenzar a interactuar desde lo instrumental. Quizás, esta nueva escucha, posibilite un acercamiento más certero y menos invasivo de su musicalidad, así como también una evaluación más constante.

Referencias

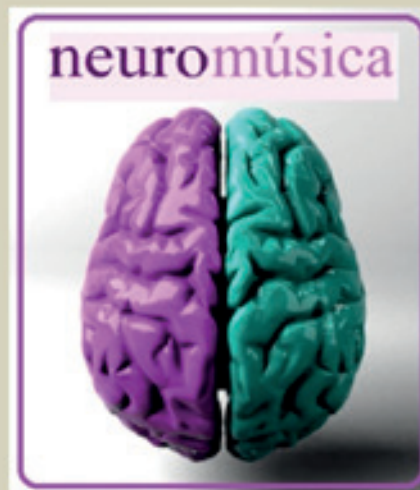
- Aldridge, David (2005). *Case study designs in Music Therapy*. London. Jessica Kingsley Publisher.
- Aldridge, David (2008) *Music Therapy and Neurological interventions*. London. Jessica Kingsley Publisher.
- Arauz, Juan Carlos (1992). *Anatomía y fisiología de la producción vocal*. Jackson-Menaldi M. (Ed.) La voz normal. Buenos Aires. Médica Panamericana
- Austin, Diane (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy*. *Songs of the Self*. London. Jessica Kingsley Publisher.
- Baker, F.; Ullig, S. (2011) *Voice work in Music therapy*. London. Jessica Kingsley Publisher
- Baker F, Wigram T, Gold C. (2005). The effects of a song-singing program on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury. *Brain Injury* 19(7), 519-28.
- Evans, Meyer, Gjede (1992) Lateralization of phonetic and pitch discrimination in speech processing. *Science Magazine* 256, 846-49.
- Gauna, Gustavo (2001) *Del arte ante la violencia*. Buenos Aires. Nobuko.
- Gauna, Gustavo (1996) *Entre los sonidos y el silencio*. Rosario. Artemisa.
- Grice, Paul Hebert (1991) *Lógica y conversación*. Luis Ml. Valdéz Villanueva (Ed.) *La búsqueda del significado*. Madrid. Tecnos.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (1991) *Metodología de la Investigación*. Mexico. Mcgraw-Hill.
- Kirkland, Kevin (2013) *International Dictionary of Music Therapy*. London & New York. Routledge
- Koelsh, S., Kasper, E., Sammler, D., Schulze, K.,

- Gunter, T. & Friederici, A.D. (2004) Music, language and meaning: brain signatures of semantic processing. *Nature Neurosciences*, 7 (3), 302-07
- Langer, S.K. (1958) *Nueva Clave de la Filosofía*. Buenos Aires. Sur. Traducción: Jaime Rest, Virginia M. Erhart
- Levitin, D. J., & Menon, V. (2003) Musical structure is processed in "language" areas of the brain: a possible role for Brodmann Area 47 in temporal coherence. *NeuroImage* 20 2142-2152
- Licastro, Luciana (2010) El tono matemático y la intervención clínica musicoterapéutica. Actas de las V Jornadas de Musicoterapia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
- Loewy, Joanne (2004) Integrating Music, Language and the Voice in Music Therapy, 4 (1) recuperado de <https://normt.uib.no>
- Newham, Paul (1998) *Therapeutic Voicework Principles and practice for the use of singing as a therapy*. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Özdemir, E., Norton, A. & Schlaug, G. (2006) Shared and distinct neural correlates of singing and speaking. *NeuroImage* 33, 628-35
- Rodríguez Bravo, A. (2002). Propuestas para una modelización del uso expresivo de la voz. *ZER*, (13), pp. 157-75. Recuperado de <http://www.ehu.eus/>
- Rodríguez Bravo, A (1989) *La construcción de una voz radiofónica*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rodríguez Bravo, Ángel; Lázaro, Patricia; Montoya, Norminanda; Blanco, Josep Maria; Bernadas, Dolors; Oliver, Josep Manel; Longh, Ludovico (1999) Modelización acústica de la expresión emocional en el español. *Procesamiento del Lenguaje Natural SEPLN 1991* (25) Ediciones de Universidad de Lérida, pp. 159-66. Recuperado de <http://www.sepln.org>
- Sergent, Zuck, Lévesque & MacDonald (1992) Positron emission tomography study of letter and object processing: Empirical findings and methodological considerations *Cerebral Cortex*. 2 (1) pp.68-80
- Small, Christopher (1998) *Musicking: The meaning of performing and listening*
- Smeijsters, Henk (2005) *Sounding the self: Analogy in improvisational Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Storm, Sanne (2013) *Research into the development of voice assessment in Music Therapy*. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la Personalidad* (Séptima ed.). International Thomson. Traducción: José Ángel Soto Estrada recuperado de <http://es.scribd.com/>
- Suárez Nieto, Gil-Carcedo García, Marco Algarra, Medina, Ortega del Álamo, Trinidad Pinedo. (2007) *Función Fonatoria*. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Madrid. Medica Panamericana.
- Vidal Moro, M. (2011) *La importancia de la voz en musicoterapia*. Actas del Congreso Argentino de Musicoterapia. ASAM.
- Wilson, D., Sperber, D. (2004) *Relevance Theory*. Recuperado de <http://people.bu.edu/>
- Wigran, T; Pedersen, I. N.; Bonde, L. O. (2002) *A comprehensive guide to Music Therapy. Theory, clinical practice, research and training*.
- Zatorre, R.J., Evans, A.C., Meyer, E., Gjedde, A. (1992) Lateralization of phonetic and pitch discrimination in speech processing *Science Magazine*, 25 (6) pp.846-49



Red Latinoamericana de Musicoterapia y Neurología

Neuromusica es un espacio internacional de formación e intercambio para estudiantes y profesionales musicoterapeutas que se desempeñan en el área de la neurología y la medicina.



Nuestros servicios:

- ✓ **Cursos de actualización on line para musicoterapeutas:**
 - Curso anual Musicoterapia aplicada a la Neurorehabilitación en niños y adultos
 - Aspectos metológicos de la Musicoterapia en el ámbito médico (evaluaciones, sistematizaciones, criterios de derivación, redacción de informes)
 - Musicoterapia para el desarrollo de la comunicación y el lenguaje
 - Grupos de estudio
 - Supervisión clínica
- ✓ **Cursos abiertos a todo interesado**
 - La música: el gran estimulador cerebral
- ✓ **Neuromusica tiende puentes**
 - Ayudamos a que Usted encuentre a su musicoterapeuta idóneo en Latinoamérica y España.

www.neuromusica.org– neuromusica@gmail.com

La construcción del rol del musicoterapeuta en el equipo de Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Lic. Paula Uzal

paulauzal@hotmail.com

Tutora: Lic. Laura Ormando

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Palabras clave:

Rol profesional-Musicoterapeuta-Representaciones sociales-Interdisciplina

Resumen

El presente trabajo se propone explorar el proceso de construcción del rol profesional del musicoterapeuta durante la etapa de formación en la residencia de musicoterapia del Hospital general de niños Pedro de Elizalde. El principal objetivo del trabajo es describir las representaciones sociales vigentes en residentes de pediatría y salud mental acerca del rol del musicoterapeuta, observando si puede establecerse alguna relación entre la modificación de las representaciones sociales de los profesionales y el intercambio interdisciplinario. De esta manera se introduce la reflexión en torno a la construcción del rol profesional del musicoterapeuta durante la residencia como dispositivo de formación.

Kerywords:

Profesional role-Music therapist- Social representations- Interdisciplinary

Abstract

This paper will explore the building process in the role of the professional music therapist during the formation stage at the residence of Pedro de Elizalde General Children Hospital. The main objective of this paper is to describe the social representations existing in pediatric and mental health residents about the music therapist' role, considering if there is any relation between the modification of the professionals' social representations and the interdisciplinary exchange. In this way, the reflection about the building process in the role of the music therapist during the residence as a forming device is introduced.

Introducción

Se propone realizar una investigación descriptiva focalizando en las relaciones que establece el musicoterapeuta con el equipo interdisciplinario de salud, indagando sobre las representaciones actuales en los profesionales del hospital acerca del rol del musicoterapeuta, y observando la potencia clínica y política que conlleva el despliegue de los intercambios interdisciplinarios.

El hospital Elizalde cuenta con distintas salas de internación de clínica pediátrica y con una sala de internación de salud mental incluyendo la unidad de terapia intensiva e intermedia. Además cuenta con el sector de consultorios externos, el cual dentro de las distintas espe-

cialidades médicas incluye el Servicio de Salud Mental. El mismo lo integran psicología, psiquiatría, psicopedagogía y musicoterapia. El equipo de musicoterapia está constituido por una musicoterapeuta de planta, dos becarias, y desde el 2012 se integra también la residencia. En este momento la residencia está compuesta de tres residentes, una de cada año, y el instructor con función de jefe.

Las derivaciones que se realizan desde las salas de internación de Clínica Médica, es decir las llamadas "Interconsultas" no tienen un criterio común. En general estas derivaciones son realizadas por los residentes de pediatría, quienes realizan rotaciones cada tres meses. Se observa que en las interconsultas recibidas y en

las derivaciones realizadas por distintos profesionales, aparece cierta dificultad para definir el motivo de consulta al musicoterapeuta, el cual no concuerda con tipo de atención que el mismo podría brindar de acuerdo a la problemática presentada.

En primera instancia es importante establecer a la musicoterapia como una disciplina específica dentro del campo de la Salud Mental, para luego delimitar la especificidad de la misma en relación a las otras disciplinas del área. Se infiere que el contacto diario con profesionales de distintas disciplinas colaboró para que los mismos realizaran derivaciones más adecuadas a musicoterapia. El musicoterapeuta Gustavo Gauna (Gauna, 2009) acuerda en concebir a la musicoterapia como una terapia en Salud Mental, fundamentando dos razones;

- ⊙ Porque la musicoterapia presenta una perspectiva integradora del sujeto

- ⊙ Porque “no hay musicoterapia si no hay relación transferencial”

Alejandra Giacobonne (Giacobonne, 2011) refiere que la musicoterapia en la infancia como dispositivo se inicia como modelo terapéutico, perteneciendo al área de rehabilitación. En ese camino se fue trazando un pasaje de “la actividad terapéutica” a la “tarea clínica”, comenzando de esta manera a conceptualizar la práctica, construir un marco teórico que posibilite el intercambio con otras disciplinas e ir armando de esta forma un saber sobre la infancia. La misma autora refiere que “la historia disciplinar revela un proceso de cambio paradigmático desde una musicoterapia definida por la patología (perturbación neurológica, motora, mental) y condicionada por el campo de trabajo (Rehabilitación, Salud Mental), a una musicoterapia Clínica en la infancia determinada por el abordaje de los niños desde una escucha de las producciones expresivas que dan cuenta de su singularidad”. La misma hace hincapié en lo difícil que fue instalar en el contexto musicoterapéutico una clínica referenciada en la Salud Mental y no determinada en el ámbito rehabilitador y considera una convocatoria interdisciplinaria desde el intercambio, la cual hace posible “una clínica contorneada en la especificidad y retomada en el trabajo conjunto”.

Teniendo en cuenta que la clínica actual contiene diversas artistas que denotan cierta complejidad, en donde además del cuerpo afectado, conviven cuestiones socio-culturales y familia-

res, es importante considerar el trabajo en red, propiciando los intercambios entre profesionales, servicios y sectores. Desde el lugar de habilitar nuevos modos de expresión subjetiva nos situamos los musicoterapeutas, brindando una escucha diferente e intervenciones en donde el hacer sonoro-musical, el juego y la creatividad tienen el primer plano. Por ello es importante lograr una inclusión más firme en diálogo interdisciplinario, trabajando de forma continua con los otros profesionales de la institución sobre los alcances e incumbencias de la musicoterapia en el hospital pediátrico. Para Alicia Stolkiner (Stolkiner, 1987) la interdisciplina surge de la “incontrolable indisciplina” que se presenta en los problemas actuales, y la dificultad para encasillarlos, siendo que los mismos se nos presentan como “demandas complejas y difusas”, dando lugar a diversas prácticas que albergan contradicciones y conceptualizaciones diferentes en el modo de leer la realidad.

Para la autora “La interdisciplinaria es un posicionamiento” (Stolkiner, 2005). Ese posicionamiento tiene que ver con el reconocer el límite de las herramientas de cada disciplina, legitimando el intercambio entre diferentes campos, “la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas” y recorriendo diversos saberes disciplinarios. La práctica interdisciplinaria requiere a su vez, según la autora, de la cooperación de los sujetos.

La autora desarrolla el tema con respecto al ámbito hospitalario, diciendo que en el mismo, por ser de mayor complejidad “lo esperable sería pasar de la “interconsulta” a la integración de acciones de Salud Mental en los Servicios, con el objetivo de revertir la desobjetivación de las prácticas tradicionales”. Para ella dicho proceso puede traer transformaciones institucionales en el hospital que supere la agrupación de Servicios por órgano o patología, configurándose como una red de cuidados que tenga como centro al “sujeto de la atención”.

Nora Elichury diferencia entre las prácticas multidisciplinarias y las interdisciplinarias (Elichury, 2009). Según la misma las primeras se caracterizan por una superposición de áreas del conocimiento, “en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas”. La práctica interdisciplinaria surge ante la demanda social, situaciones cada vez más complejas

y como respuesta misma de la evolución de las ciencias. Según la autora esta orientación dada por la interdisciplina podría favorecer no solo la integración sino también la producción de conocimiento. La misma propone “partir de los problemas, no de las disciplinas dadas”.

En el Servicio de Salud Mental del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde se observa más bien la tendencia a la multidisciplina, sin embargo esta situación es pasible de transformación ante dos emergentes: la urgencia de casos complejos y la particularidad de los profesionales que ocasionalmente forman el equipo. Cuando de parte de estos hay interés de trabajar en equipo con otras disciplinas, incluso desconocidas para ellos, y compromiso en dicho trabajo es posible trabajar desde la interdisciplina. Alicia Stolkiner toma en su escrito otras cuestiones en torno a la interdisciplina diciendo que en ella se conjugan otros problemas, siendo uno de ellos aquello que se pone en juego en todo grupo humano: la cuestión del poder. La misma afirma que “un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo. Luego hace referencia a los equipos de salud, enunciando que en los mismos “lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión”.

Justificación del proyecto

Se observa una gran dificultad en los profesionales de distintas áreas de la salud para precisar las incumbencias del musicoterapeuta dentro del hospital. Se podría pensar que existe un cierto desconocimiento de la musicoterapia como disciplina terapéutica por parte de los profesionales de la institución. El interés por investigar estas cuestiones tiene que ver con el propósito de favorecer intervenciones terapéuticas más precisas y eficaces.

Por ello la investigación se orientará a observar la representación que otros profesionales de la salud tienen acerca del rol del musicoterapeuta en el hospital, haciendo foco, en qué sucede cuando hay intercambio entre dichos

profesionales y los musicoterapeutas, tomando en cuenta el motivo de derivación.

Objetivos de la investigación

- Describir cuales son las representaciones de profesionales residentes tanto de Salud Mental como de pediatría en cuanto al rol del musicoterapeuta en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.
- Determinar si en dichas representaciones se reconoce al musicoterapeuta como profesional integrante del equipo de Salud Mental.
- Determinar si hubo modificaciones en dichas representaciones luego de efectuar trabajo conjunto con un profesional musicoterapeuta.

Relevancia:

La relevancia del presente trabajo de investigación sería la inclusión más firme del profesional musicoterapeuta al equipo interdisciplinario de Salud Mental. Esta inclusión tiene un doble efecto: la ampliación de intervenciones y de la mirada frente a la realidad compleja dada en el padecimiento psíquico de la población infanto-juvenil de un hospital general y el esclarecimiento para el resto de los sectores y servicios del tipo de abordaje y atención que un profesional musicoterapeuta puede ofrecer ante las diversas demandas recibidas en el hospital.

Antecedentes

Ana Cristina Santos Mussalem y Andrea Toledo Farnettane (Santos Mussalem, Toledo Farnettane, 2008) elaboraron un trabajo de investigación acerca de la inserción de la musicoterapia en el hospital general de Guarús contextualizado en Campos dos Goytacazes, a 280 kilómetros de la ciudad de Rio de Janeiro Brasil. Como reflexión final las autoras consideran que las posibilidades de intervención “son múltiples por el lenguaje diferenciado de la musicoterapia y necesarias por la carencia de la población”. Luego afirman que el objetivo desde el rol musicoterapéutico es “facilitar la comunicación, la relación, la expresión y la sensibilización, ayudando a promover la recuperación y la reintegración social del individuo, contribuyendo así para una internación hospitalaria menos traumática”.

Maria Inés Rufino realizó una investigación denominada “Musicoterapia en el hospital pediátrico Dr. Avelino Castelar de la Provincia del Chaco” (Rufino, 2002) cuyo objetivo fue el de “demostrar la importancia de la musicoterapia en el hospital pediátrico como un espacio para la contención, acompañamiento y promoción de la salud del paciente internado como también para el encuentro con su familia y el equipo de salud”. Para realizar dicha investigación la autora toma como muestra a profesionales de distintas disciplinas de dicho hospital utilizando como instrumento de medición un cuestionario. De los cuestionarios entregados, 30 fueron contestados, de los cuales se recortan las siguientes conclusiones:

• El 83,3 % escucho hablar de musicoterapeutas

• El 56,7% hizo alusión a la musicoterapia como una terapia

• Los medios más utilizados para la adquisición de información fueron: conversaciones con musicoterapeutas, (27 %) y publicaciones de diversas especialidades (23%)

Paula Zettler y Anabel Rodríguez (Zettler y Rodríguez, 2009) realizaron una investigación sobre criterios de derivación a musicoterapia de los profesionales de internación y hospital de día del hospital tobar García. La misma se llevó a cabo a través de la recopilación de fichas de derivación, en las cuales figura el motivo y el Servicio derivante, realizando a su vez un análisis comparativo de los datos recibidos desde ambos Servicios.

Las mismas llegan a la siguiente conclusión en relación a la distancia entre los motivos por lo cuales dichos Servicios realizan derivaciones a musicoterapia y los criterios adecuados de derivación:

Es importante enfatizar la acción institucional realizada en el Servicio de internación; que consistió en trabajar los criterios específicos de derivación en las reuniones de equipo. Esta acción no se planteó en forma específica en el Servicio de Hospital de Día. Concluimos que en el Servicio de Hospital de Día es relevante continuar realizando en las reuniones interdisciplinarias, la trasmisión en relación a los criterios adecuados de derivación a musicoterapia; debido a que el tiempo institucional de dicho Servicio hace factible esta intervención. Con respecto al Servicio de Internación y teniendo en cuenta los tiempos institucionales del mismo, conclui-

mos en la necesidad de diseñar y transmitir, a modo de orientación a los profesionales derivantes, criterios de derivación para la Sección de Musicoterapia. (Zettler y Rodríguez, 2009)

Ana Arias ha realizado una tesis denominada “Inserción de la Musicoterapia en el Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutierrez de la ciudad autónoma de Buenos Aires” (Arias, 2002-2011). En la misma analiza la inserción de la disciplina en el hospital y las dificultades que se suscitaron en la generación de cargos para musicoterapeutas, focalizando por un lado en la resistencia de los poderes hegemónicos y describiendo por otro lado las estrategias y propuestas clínicas ofrecidas por los musicoterapeutas como nuevas alternativas de atención para el niño y la familia. Los comentarios finales enuncian que dicho análisis ha brindado la posibilidad de realizar una lectura detallada de los movimientos institucionales, lo cual ha permitido la elaboración de estrategias cada vez más ajustadas en relación a la inclusión paulatina de la musicoterapia en el hospital. Dicho análisis fue realizado in situ, por medio de una observación participante en donde la instancia investigadora se ha constituido como actor integrante de dicho proceso.

Rita A. Valle y Karina A. Corigliano (Valle y Corigliano 2003), desarrollaron una Investigación titulada: “La comunicación entre el equipo de musicoterapia y los Servicios del Hospital Pedro Elizalde – Incidencias en las derivaciones y posibles estrategias para optimizar las relaciones intrahospitalarias”. En esta investigación se plantean diferentes objetivos en relación a la Comunicación entre el Equipo de Musicoterapia y los Servicios de Hospital Pedro Elizalde. Uno de los objetivos específicos que es importante mencionar plantea buscar información sobre las relaciones, actividades conjuntas y los vínculos establecidos entre los distintos servicios del Hospital y el Equipo de Musicoterapia. En dicha investigación hacen referencia a la falla o falta en la comunicación entre los Servicios como un punto fundamental a la hora de recibir derivaciones a Musicoterapia. Las autoras incluyen una entrevista a la Jefa del Equipo de Musicoterapia y a la Psiquiatra del Servicio de Psicopatología y Salud Mental. Para organizar la información seleccionan tres ejes:

- Eje Interconsulta
- Eje derivación
- Eje formas de Comunicación

Las conclusiones a las que llegan las autoras de esta investigación tienen que ver con dificultades dentro del Hospital como: “escaso número de musicoterapeutas, desconocimiento de los profesionales de la labor de la musicoterapia, falta de tiempo para el dialogo entre profesionales”.

Historia de la musicoterapia y de la residencia en el hospital.

La primera residencia hospitalaria de musicoterapia comienza en el año 2012, con sede en el hospital Dr. Pedro Elizalde. El ingreso a la residencia se realiza a través de examen estandarizado común a las otras disciplinas de la salud. Como figura en el programa local (“Programa Local de Residencia de Musicoterapia. Hospital General Dr. Pedro Elizalde”, 2012), “la Residencia para Musicoterapia al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias (ord. 51.475/97, Ley 601 y Ley 2445). De acuerdo a esto, la Residencia es un sistema de capacitación en Servicio, a tiempo completo y dedicación exclusiva, salvo las consideraciones específicas en la legislación citada para los instructores de residentes. La duración del programa es de tres años, con posibilidad de acceso al cargo de Jefe de residentes o Instructor, de acuerdo a la normativa vigente”. Hasta el momento se ha abierto un cargo por año en la misma sede hospitalaria. La posibilidad de realizar una residencia es inédita para una profesión que todavía se encuentra en la lucha diaria por ganar espacios en el terreno hospitalario y clínico, y como tal es resultado de un largo y dedicado trabajo por parte de asociaciones de musicoterapia, musicoterapeutas de planta de los hospitales de CABA y fundamentalmente de aquellos que hoy ocupan el lugar de la coordinación de la residencia

Para contextualizar la historia de la residencia de musicoterapia, hay que tener en cuenta que la disciplina ya tiene su larga historia y trayectoria dentro del hospital. Como refiere el programa local de la residencia de musicoterapia “El Hospital “Dr. Pedro de Elizalde” cuenta con una trayectoria de más de veinte años en lo que respecta a la inclusión de la disciplina. Siempre fue un ámbito donde la práctica se acompañaba de la formación teórica y vivencial a través

de cursos, supervisión y trabajo interdisciplinario, tendiendo a la difusión de las investigaciones en el ámbito nacional y mundial y en la docencia universitaria. Por otra parte, en la actualidad, profesionales egresados del Sistema de Concurrencias, cumplen funciones asistenciales y docentes en otras instituciones públicas”. Además de ser el hospital uno de los más antiguos en su especificidad infanto-juvenil, es también junto con otros uno de los pioneros en la incorporación de musicoterapeutas en función. La musicoterapia existe en el hospital desde el año 1978. Según María Estela Pierini (Pierini, 2012) la disciplina ha atravesado distintas etapas, desde “la búsqueda de aceptación e inclusión en un Servicio complejo como es el de psicopatología hasta alcanzar la implementación de la musicoterapia en toda la institución hospitalaria”. La autora refiere que en un comienzo solo se conocían de la práctica musicoterapéutica los aspectos estético-sonoros, quedando por fuera las elaboraciones teóricas y las estrategias terapéuticas. La misma expone como se fue desarrollando la disciplina en el hospital por medio de la presentación de propuestas en cada Servicio, las cuales finalizaban con una evaluación y devolución. Fue en el año 1992 que se nombra a la primera musicoterapeuta en el hospital, la Lic. María Estela Pierini, y en el año 1996 comienzan las concurrencias en el área.

Recorrido de los primeros tres años de Residencia

Durante el primer año todavía no existía la figura del jefe de residentes, siendo la musicoterapeuta de planta aquella que supervisaba las tareas y con la que se contaba para transitar ese primer año. Por otro lado el hospital cuenta desde hace unos años (1993) con una residencia de Salud Mental, la cual recibió con apertura a nuestra residencia que se integró a muchas de las actividades que los residentes de psicología y de psiquiatría realizaban. De esta manera, se generó un vínculo con pares residentes de otras disciplinas pero dentro del campo de Salud Mental.

Al ser la primer residencia específica en el país con respecto a la profesión es importante tener en cuenta que la misma se va delineando y construyendo a partir de la experiencia.

Es recién en el segundo año de la residencia que fue posible nombrar a un instructor de residentes con función de jefe. El encuentro que se produjo con las jefas y con los residentes de Salud Mental se extendió en la construcción de un cotidiano compartido, en el cual primero se compartían solo las actividades de formación, luego comenzamos a compartir los pacientes, teniendo la experiencia de formar algunos pequeños equipos respecto a estos casos en los que se intentaba hacer un trabajo conjunto.

En año 2013 la residencia pasa a estar compuesta por dos residentes y un instructor, por lo cual la misma fue cobrando cierta fuerza y presencia dentro del Servicio. Esto pudo haber influido en la adjudicación de un espacio dentro del Servicio (requerido desde el año 2006), el cual fue remodelado y reordenado espacialmente. A su vez la residencia de Salud Mental también se mudó compartiendo actualmente el mismo espacio que el resto del Servicio. De esta forma, la residencia que anteriormente ocupaba parte del edificio viejo pasa a ubicarse adentro del Servicio, al igual que "musicoterapia", por lo cual puede pensarse que sucedió un cambio en la inscripción de estas entidades dentro del Servicio al menos desde el aspecto espacial.

Durante el segundo año de la residencia, según el programa local, se realiza la rotación por hospital monovalente, por lo cual se encontraban en Servicio en la sede la residente de primer año y el instructor con función de jefe. En el segundo año se encuentra a su vez la posibilidad de realizar la rotación libre, la cual puede ser en el interior o exterior del país, siempre y cuando sea una experiencia profesional y formativa con la cual la residencia o el país no cuente, y pueda recibir al residente un referente de la disciplina.

En el año 2014, luego de realizar la rotación por Brasil (Rio de Janeiro) experiencia que ha aportado otra mirada acerca de lo interdisciplinario, del trabajo en red y su complejidad política, se plantea la vuelta al hospital de sede, por ser el tercer y último año. El grupo residencial en el año 2014 está conformado por dos residentes y el instructor, siendo la residente de segundo la que se encuentra rotando fuera del hospital. El programa de formación fue definiéndose con la participación en los ateneos de la residencia de Salud Mental y contando con algunas clases específicas de la clínica musicoterapéutica. Para estas clases específicas la re-

sidente de segundo se reúne con el grupo de residencia.

Es importante señalar que ser cuatro, dos residentes en el hospital, una rotando, y un instructor, marca una diferencia notable con respecto al primer año, ya que comienzan a circular acuerdos, desacuerdos, lo que podría ser trabajar en un equipo. Se inaugura de esta forma una vivencia grupal de la residencia que antes no era posible, facilitada por la realización de co-terapias, la transmisión de la experiencia de un año a otro, la realización de pases en donde podemos apuntarnos mutuamente y de alguna forma acompañar las decisiones a tomar en el seguimiento clínico de los casos. Por otro lado estos tres años dan cuenta de un proceso por el cual comenzamos a participar de modo más activo en el intercambio con la residencia de salud mental, compartiendo cada vez más la formación, espacios de taller y supervisiones, haciendo posible la circulación mutua de aportes desde las diversas miradas y escuchas.

Metodología de investigación:

Método

Se realizará una encuesta anónima semi-estructurada a profesionales residentes de Clínica Pediátrica y de Salud Mental del Hospital Elizalde.

Participantes

Participarán 55 profesionales residentes del Hospital General de niños Dr. Pedro de Elizalde, siendo 30 de pediatría y 25 de salud mental. Se considera dicha población por ser aquella que más se relaciona con los musicoterapeutas en la institución. Quedarán incluidos en la muestra aquellos residentes de pediatría y salud mental que acepten participar en la investigación realizando la encuesta escrita y firmando un consentimiento informado. Se excluirán los profesionales de planta de todas las disciplinas, los profesionales residentes que no sean de salud mental y pediatría, y aquellos profesionales residentes de pediatría y salud mental que superen el número para el tamaño muestral requerido.

Procedimiento

Se analizarán las variables encontradas en las respuestas, considerando los porcentajes

hallados en cada valor y observando si la especialización de los residentes (salud mental o pediatría) constituye una fuente sistemática de variación. Por esta razón se tomarán los datos en forma independiente para cada grupo, realizando a su vez un análisis comparativo entre algunos puntos de cada encuesta. Se utilizará el programa "Excel" para organizar los datos arrojados en las encuestas.

Lugar y periodo de realización

Hospital General Dr. Pedro Elizalde. Mes de Abril del año 2015.

Resultados

Del total de los encuestados el 55% lo conforman residentes de pediatría, y el 45% de salud mental.

Esta investigación está aprobada por el "Comité de Bioética" del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. La misma está sujeta a la Declaración de Helsinki, las Normas Internacionales de Buena Práctica Clínica, y la legislación nacional y comunal vigente en materia de investigación clínica.

Figura n° 1

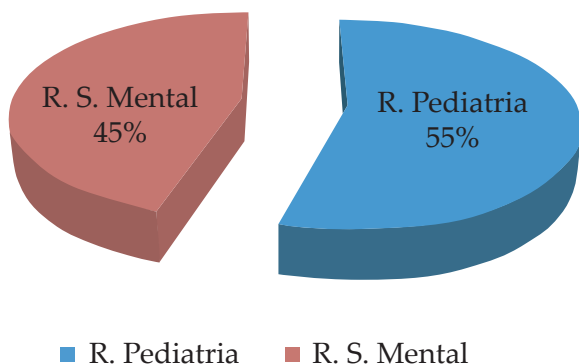


Figura 1: Muestra de residentes de pediatría y salud mental

Pregunta N°1: "Según su criterio, ¿Cuál es la función del musicoterapeuta en el hospital?"

Figura n° 2

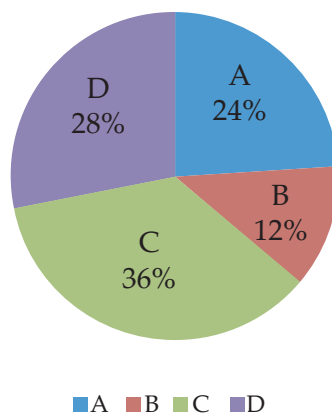


Figura 2: Respuestas halladas en los residentes de salud mental en cuanto a cómo consideran la función del musicoterapeuta (A: Tratamiento psicoterapéutico utilizando diferentes medios de expresión, B: Acompañamiento-estimulación-recreación, C:Parte del tratamiento integral, D:Evaluación, atención y seguimiento en distintos dispositivos)

Figura n° 3

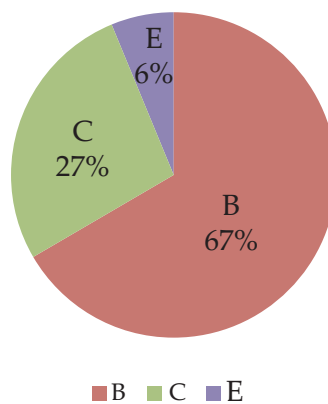


Figura 3: Respuestas halladas en los residentes de pediatría en cuanto a cómo consideran la función del musicoterapeuta. (B: Acompañamiento-estimulación-recreación, C:Parte del tratamiento integral, E: No contesta)

El 36% de los residentes de Salud Mental considera al rol del musicoterapeuta como un "complemento y parte del tratamiento integral". El 24% por ciento de residentes del mismo campo considera que dicho rol se relaciona con "Tratamiento psicoterapéutico", mientras que el 28% lo asocia con la función de "Evaluación, atención y seguimiento en distintos dispositivos". En residentes de pediatría el 67% considera que el rol del musicoterapeuta tiene que ver con la estimulación, acompañamiento y la recreación. Se comienza a vislumbrar un menor reconocimiento

del rol psicoterapéutico del musicoterapeuta por parte de los residentes de clínica pediátrica.

Pregunta N°2: "Si usted requiere de una interconsulta con musicoterapia, ¿A qué servicio lo dirige?"

Figura n° 4

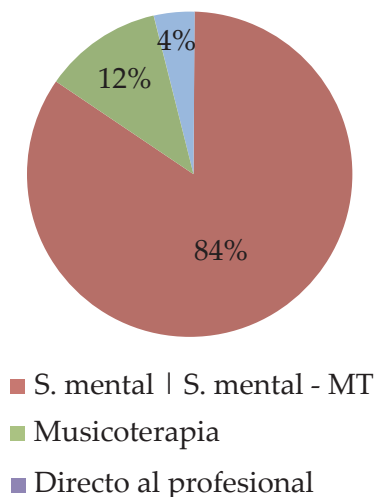


Figura Nro 4 . Respuestas halladas en los residentes de salud mental con respecto al lugar donde dirigen las interconsultas para musicoterapia.

Figura n° 5

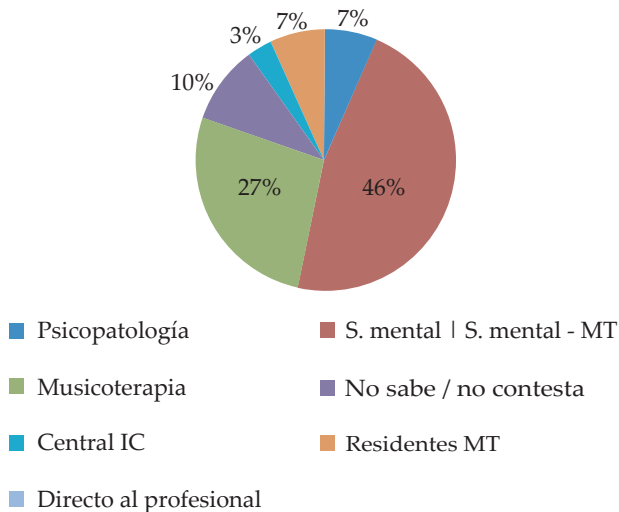


Figura Nro 5. Respuestas halladas en los residentes de pediatría con respecto al lugar donde dirigen las interconsultas para musicoterapia.

El 84% de los residentes de salud mental sabe hacia dónde dirigir las interconsultas. El 47% de residentes pediatras conoce donde dirigir las interconsultas, mientras que el 53% restante refiere un abanico de respuestas variadas, lo cual da cuenta de cierto desconocimiento en relación al lugar de pertenencia físico y funcional del equipo de musicoterapia.

Pregunta N°3: ¿"Derivó a algún paciente a Musicoterapia?"

Figura n° 6

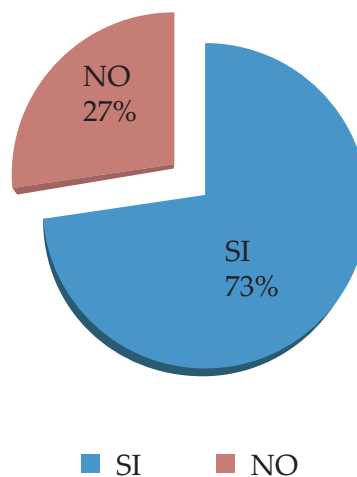


Figura Nro. 6. Cantidad de derivaciones realizadas a Musicoterapia de parte de residentes de Pediatría y de Salud Mental.

Un 73 % del total de los encuestados refiere haber efectuado derivaciones a musicoterapia.

Pregunta N°4-a “En caso afirmativo, ¿Cuáles fueron los motivos de derivación?”

Figura n° 7

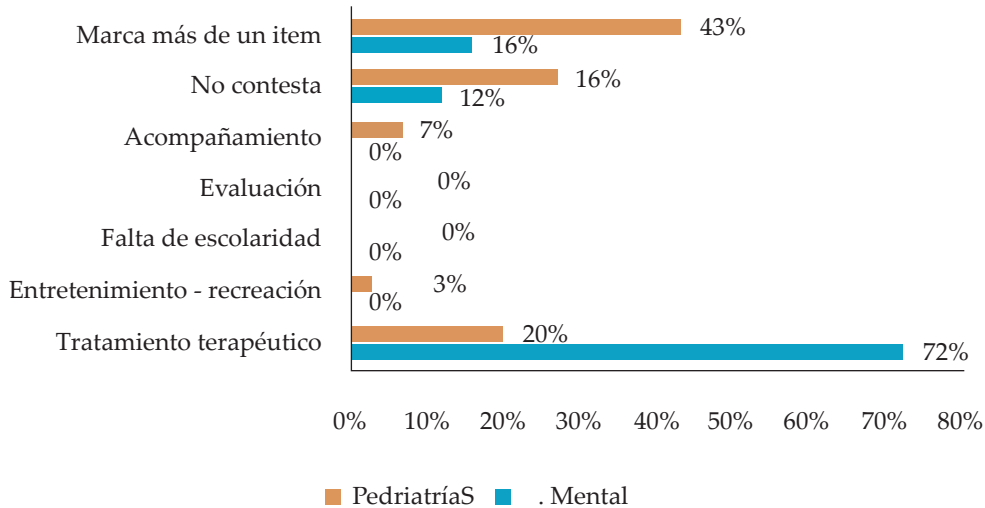


Figura Nro. 7. Motivo de derivación a Musicoterapia referidos por los residentes de Pediatría y Salud Mental

En el caso de los residentes de salud mental un 72% realiza derivaciones a musicoterapia para ofrecer una modalidad de tratamiento terapéutico, mientras que dentro del grupo de residentes de pediatría encontramos cierta dispersión en las respuestas. El 43% de dicho grupo marca más de un ítem evidenciando de esta manera una falta de claridad y precisión en la definición

de un criterio a la hora de realizar la interconsulta con el musicoterapeuta.

La mayoría de los encuestados reconoce haber realizado interconsultas con musicoterapia pero a la hora de definir un criterio no puede precisarlo, porque no sabe o porque marca múltiples opciones.

Pregunta N°4-b “¿Cómo definiría que fue la interconsulta con el musicoterapeuta?”

Figura n° 8

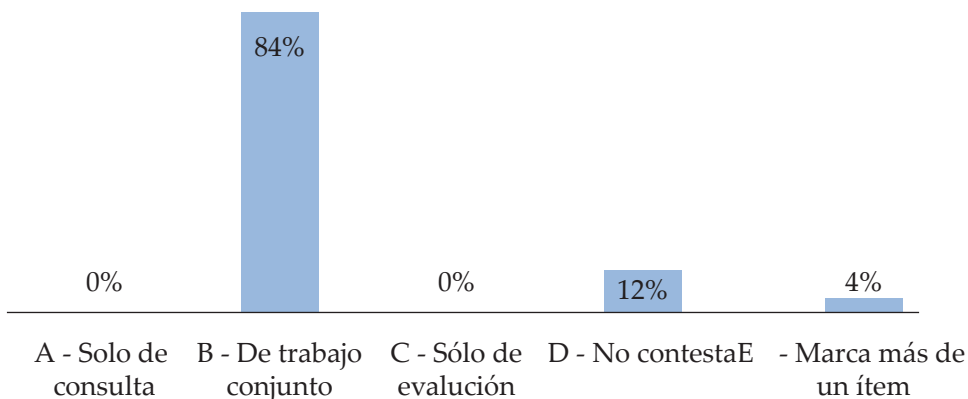


Figura Nro. 8. Respuestas halladas en los residentes de salud mental en cuanto al modo de trabajar con el musicoterapeuta luego de realizar la interconsulta

Figura n° 9

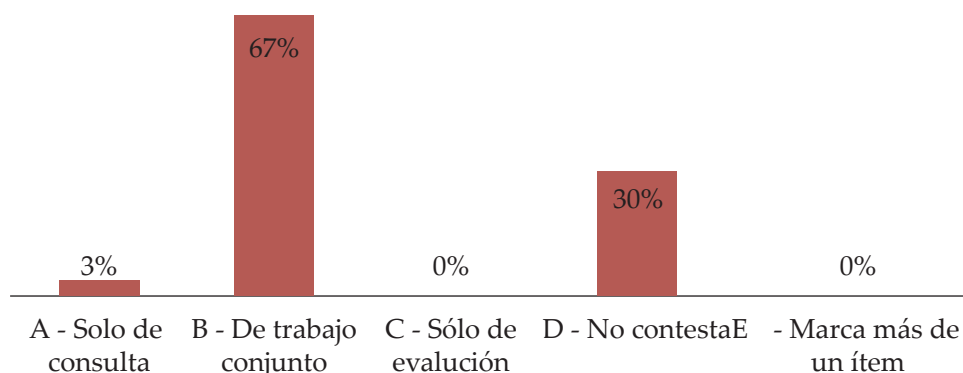


Figura Nro. 9. . Respuestas halladas en los residentes de padiatría en cuanto al modo de trabajar con el musicoterapeuta luego de realizar la interconsulta

El 84% de residentes de salud mental refiere haber efectuado trabajo conjunto con musicoterapeutas. A su vez el 67% de residentes de peditría refiere haber efectuado trabajo conjunto

con musicoterapeutas, y el 30 % no contesta a la pregunta. La mayor parte de ambos grupos refiere haber trabajado en forma conjunta con musicoterapeutas.

Pregunta N°4-c: "¿Se modificó su percepción acerca de la función del musicoterapeuta luego de la interconsulta?"

Figura n° 10

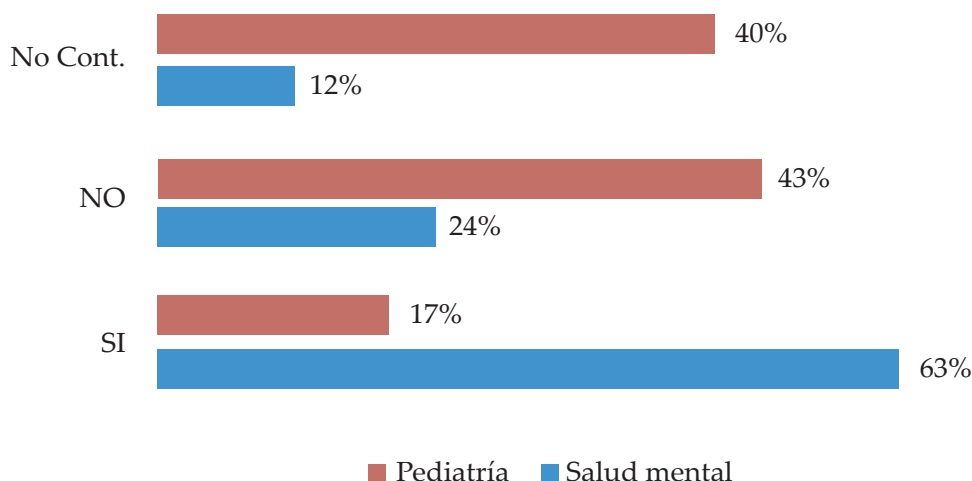


Figura Nro. 10. Respuestas halladas en cuanto la presencia de modificaciones en la representación de la función del musicoterapeuta en residentes de salud mental y de peditría

En el análisis de las respuestas se advierten diferencias entre ambos grupos. Mientras que el 64% de los residentes de salud mental ubica una modificación en la representación del rol profesional luego del trabajo con musicoterapeutas, un 43% de residentes de pediatría no ha modificado su percepción, y el 40% del mismo grupo no responde a dicha pregunta. El 20% de residentes de pediatría considera que ha modificado su percepción acerca del rol del musicoterapeuta.

Pregunta N°4-c: “En caso afirmativo, ¿Cuál fue dicha modificación?”

Teniendo en cuenta ambos grupos de residentes, es decir, tomando la muestra total de encuestados, se observa que el 38% ha modificado su percepción en cuanto al rol del musicoterapeuta. A continuación se exponen las modificaciones que refieren las respuestas tomando la porción de residentes que refiere haber modificado su percepción en cuanto al rol del musicoterapeuta.

Figura n° 11

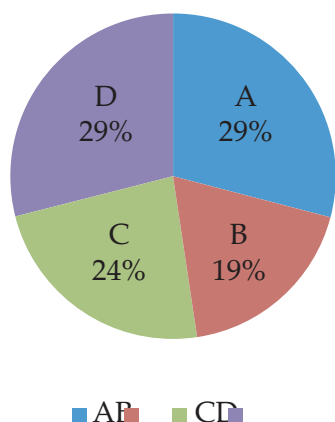


Figura Nro. 11. Respuestas halladas en cuanto al contenido de las modificaciones de la percepción del rol del musicoterapeuta en residentes de salud mental y pediatría (Categorías: A. “Antes pensaba que era recreación”, B. “Advertí mejoras clínicas significativas sobre todo a nivel relacional”, C. “Aporte de una mirada diferente, importancia en la clínica con niños, capacidad para hacer aproximación diagnóstica”, D. “Aprendí la modalidad de tratamiento musicoterapéutico, comprendí el alcance de la disciplina”)

Para el análisis de dicha respuesta se han considerado los datos de la muestra total de residentes, incluyendo a ambos grupos, teniendo en cuenta aquellos que respondieron afirmati-

vamente a la pregunta anterior. Se han encontrado porcentajes relativamente parejos que dan cuenta de cierto acercamiento al conocimiento del rol del musicoterapeuta, corriendo a la disciplina de la función recreativa, reconociendo el alcance de la disciplina y su importancia en la clínica con niños e incluyendo la posibilidad del musicoterapeuta de realizar aproximaciones diagnósticas desde una mirada diferente. Dichas respuestas focalizan en la modificación de la modalidad vincular del paciente con el entorno, si tenemos en cuenta el desarrollo del ítem que se refiere a las mejorías clínicas.

Relaciones comparativas entre preguntas N°1, 4-a, 4-b y 4-c

El 24 % de los residentes de salud mental considera a la musicoterapia como una modalidad de tratamiento psicoterapéutico. Y a su vez consideran la derivación a musicoterapia como un espacio terapéutico en sí mismo y no como un espacio alternativo al tratamiento. Se observa que los mismos residentes refieren una modificación de la percepción del rol del musicoterapeuta a partir del trabajo conjunto.

El grupo que ha relacionado la función del musicoterapeuta con la estimulación y recreación, que en su mayoría son residentes de pediatría (67%, frente a un 12% de la residencia de salud mental) da cuenta a su vez de la falta de claridad para definir un motivo de derivación, marcando en este punto más de un ítem. De este mismo grupo un 48% refiere no haber modificado su percepción en lo que respecta al rol del musicoterapeuta, sin embargo la mayoría refiere haber efectuado trabajo conjunto con musicoterapeutas. La representación acerca del rol ha quedado fijada sin posibilidad de modificación.

Otro grupo que arroja datos significativos es aquel que en la primera pregunta asocia la función del musicoterapeuta con la evaluación, seguimiento y atención en los distintos dispositivos, que también son en su totalidad residentes de salud mental. La mayoría de los encuestados de este grupo coinciden a su vez en considerar como motivo de derivación la oferta de tratamiento terapéutico, aunque minoritariamente surge una segunda opción que considera ambos ítems (tratamiento terapéutico y evaluación) lo cual se ha diferenciado de aquellas respuestas que marcan varios ítems incompatibles entre sí. De este grupo el 71% ha modificado la represen-

tación del rol del musicoterapeuta, coincidiendo la mayor parte de los mismos en afirmar el trabajo conjunto con musicoterapeutas

Conclusiones:

Se puede inferir que las representaciones actuales presentes en los residentes del hospital son variadas pero a su vez coinciden en muchos aspectos, por lo cual fue posible el armado de categorías teniendo en cuenta la modalidad semi-estructurada de la encuesta de trabajo. Se hallaron diferencias marcadas en cuanto a ambos grupos de residentes, de acuerdo a la especialidad, encontrando en las representaciones de los residentes de salud mental una mayor aproximación al conocimiento del rol profesional del musicoterapeuta. Se ha presentado a su vez evidencia de la falta de claridad y de ciertas representaciones instaladas que se alejan de considerar a la musicoterapia como una disciplina con alcance terapéutico y clínico.

El análisis de los datos se realizó en base a la comparación de dos grupos, tratando los datos de forma separada, teniendo en cuenta que el tamaño de la población y el respectivo tamaño muestral es diferente en ambos grupos. Sin embargo para contar con un panorama general, si consideramos el total de la muestra, incluidos ambos grupos, podemos observar que el 73% de la muestra encuestada refiere haber efectuado derivaciones a musicoterapia y el 67% relaciona la función del musicoterapeuta al apoyo terapéutico, estimulación y recreación. La mayoría de los encuestados afirman el trabajo conjunto con musicoterapeutas, sin embargo un 35% refiere no haber modificado la percepción del rol profesional, y un 27% no responde a dicha pregunta. Por lo cual habría que pesar que estatuto se le ha dado al "trabajo conjunto", si tendrá que ver con interdisciplina o con una lógica más multidisciplinaria en donde no se posibilita aún el intercambio y la creación de estrategias que surjan de la práctica clínica en equipo.

Se han encontrado sin embargo pequeños detalles en los resultados que dan cuenta de algún tipo de intercambio. Los mismos se presentan en las respuestas que afirman la modificación de la representación del rol profesional del musicoterapeuta, que constituyen un 64% de residentes de salud mental y un 20% de residentes de pediatría. Estas respuestas dan cuenta de la posibilidad de generar un movimiento instituyente como lo es la profesión y la residencia

en el hospital propiciando un mayor encuentro con las otras disciplinas. Se podría pensar que en el interior de ese mismo encuentro la identidad profesional del musicoterapeuta va cobrando forma y especificidad, siendo difícil que esto ocurra sin los "otros diferentes", pero a su vez con muchos puntos de articulación en lo que respecta a la clínica y atención de niños y adolescentes en el contexto hospitalario del cual somos parte. Este porcentaje de encuestados, de los cuales la mayoría son de salud mental, refleja el reconocimiento de la profesión y su importancia en la clínica con niños, el reconocimiento de la musicoterapia como una modalidad de tratamiento psicoterapéutico que no se limita a las técnicas y recursos utilizados, y el considerarlo como una ampliación de la mirada frente a la realidad compleja que nos apremia día a día en el hospital, constituyéndose como parte del equipo de salud mental.

En última instancia se hallaron relaciones significativas entre las respuestas de cada encuesta, encontrando que las representaciones de los grupos que más se acercaron a considerar a la musicoterapia como un tipo de terapia, y como una modalidad de evaluación, atención y seguimiento, refieren un mayor porcentaje en lo que respecta a afirmar una modificación en la representación del rol profesional luego del intercambio con musicoterapeutas. Estos grupos están conformados ambos por residentes de salud mental, por lo cual se puede inferir que este conocimiento acerca del rol del musicoterapeuta pudo haber sido transmitido de alguna forma en dicho intercambio, ya que los mismos reconocen una modificación de la percepción. Es clara la diferencia de aquellos que consideran a la musicoterapia como un "apoyo terapéutico, estimulación, aprendizaje o recreación" de los cuales el 48% no ha modificado la percepción, y el 35% no ha contestado a dicha pregunta.

Los resultados hallados nos llevan a considerar la complejidad de la construcción del rol profesional del musicoterapeuta, teniendo en cuenta que la disciplina misma, a pesar de haber logrado una trayectoria de profesionalización, se encuentra aún en constante construcción. Se puede pensar que somos los mismos musicoterapeutas en relación con los otros profesionales del equipo los que vamos armando tramas en las instituciones para que en ese reconocimiento se despliegue la posibilidad de realizar aportes clínicos, enriqueciéndonos mutuamente a través

de las distintas miradas, escuchas y abordajes.

Discusión y recomendaciones

El presente trabajo de investigación se realizó a partir de una muestra acotada con respecto a la totalidad de la población de residentes de las espacialidades seleccionadas (pediatría y salud mental), por lo cual las conclusiones solo son válidas para dicho grupo muestral, y nos permiten realizar una mínima aproximación al objeto de estudio observado.

A modo de reflexión en cuanto a los resultados hallados podemos pensar en el recorrido de estos tres años de la residencia de musicoterapia en contacto diario con la residencia de salud mental, y en la potencia que este intercambio significa a la hora de construir el rol del musicoterapeuta en el hospital. Es en el interior del intercambio con profesionales de un mismo campo que se posibilita el aporte de una diferencia, que se gestó desde adentro y sea visible hacia otros servicios generando intervenciones más cercanas a las incumbencias y a las necesidades de atención del padecimiento subjetivo de la población que nos concierne. Esta última consideración puede devenir hipótesis de nuevas investigaciones que continúen indagando acerca de la naturaleza y modalidad de los intercambios interdisciplinarios en la construcción del rol profesional. Para Pichón Riviere, el rol social "es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros"¹. Entendiendo el rol social desde esta perspectiva, podemos pensar en el rol profesional del musicoterapeuta como resultado de un interjuego de interacciones con otros profesionales, de la misma y de otras disciplinas. Por lo cual se intenta reflexionar acerca de la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios en la construcción del rol y de la identidad profesional durante la etapa de formación, entendiendo que dicho rol es un lugar y una diferencia en relación a los otros profesionales del equipo de salud.

Se recomienda el diseño y la implementación de estrategias y acciones que visibilicen el trabajo del equipo de musicoterapia, realizando presentaciones en jornadas, ateneos y ateneos centrales que trasciendan al servicio de salud mental. Se propone la realización de un trabajo más constante con los servicios de pediatría,

que incluya a residentes y profesionales de planta, incluyéndose el musicoterapeuta como profesional del equipo de salud mental y evaluando la posibilidad de participación en las admisiones tanto de consultorios externos como de interconsultas, para trabajar con otros, en el interior de la recepción de casos la pertinencia del tratamiento musicoterapéutico.

Referencias

- Arias, A. (2011). Inserción de la Musicoterapia en el Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de la ciudad autónoma de Buenos Aires . Buenos Aires, Argentina.
- Cameo, C. y Mullión, L. (2009). Conocimiento de la disciplina en hospitales Públicos de la Ciudad. Buenos Aires, Argentina: Tesis USAL.
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias . Ed. Manantial. Buenos Aires.
- Elichiry, N . (1987). El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio . Ed. Nueva Visión . Buenos Aires.
- Gallardo, R. (2004). Musicoterapia 100 preguntas fundamentales y sus respuestas. Estudio de Musicoterapia Clínica.
- Gauna, G. y colaboradores. (2009). Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Ed. Koyatun .Buenos Aires.
- Gauna, G. (2001). Del arte, ante la violencia. Ed. Nueva Generación . Neuquen, Patagonia, Argentina.
- Giacobonne, A. (2011). Escuchar en el Decir. Cualidades Sonoras de la Infancia. Extractos del Trabajo presentado en el CONGRESO LATINOAMERICANO DE PRIMERA INFANCIA SAPI / WAIMH, Bs. As., Argentina.
- Pellizari, P. y Rodriguez R. (2005). Salud, escucha y creatividad. Ed. Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- "Programa Local de Residencia de Musicoterapia. Hospital General Dr. Pedro Elizalde". (2012).
- Pierini, M. E. (2012). "Musicoterapia en un hospital Intantojuvenil". Ed. Universidad del Salvador. Buenos Aires.

Rufino, M. I. (2002). Musicoterapia en el hospital pediátrico Dr. Avelino Castelar de la Provincia del Chaco. Tesis de Licenciatura Universidad del Salvador .

Santos Mussalem , A. C. y Toledo Farnettane , A. (2008). Musicoterapia en el hospital de Guaus. Una perspectiva en el sector publico. XII Congreso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires, Aegentina.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud mental. IX jornadas nacionales de salud mental, I jorna-

das Provinciales de Psicología . Posadas, Misiones, Argentina.

Valle Rita, C. K. (2003). La comunicación entre el equipo de musicoterapia y los servicios del Hospital Pedro Elizalde – Incidencias en las derivaciones y posibles estrategias para optimizar las relaciones intrahospitalarias. Buenos Aires, Argentina.

Zettler. P y Rodriguez.A (2009). Indicadores y Criterios de Derivacion a Musicoterapia en el hospital infanto-juvenil Dra. Carolina Tobar Garcia. Trabajo de Invesetigación Buenos Aires, Argentina.

Notas

1- <http://psicologiasocial.idoneos.com/354958/>

ASAM BIBLIOTECA

Asesoramiento a Tesistas de grado Asesoramiento para publicación de artículos

 asambiblioteca@gmail.com



OBJETIVOS

La **biblioteca de ASAM** es la biblioteca especializada en Musicoterapia y disciplinas afines, más grande de Latinoamérica. Se creó en el año 2000 por iniciativa de Vanina Colombo, María Laura Lardani y Virginia Tosto.

El acceso es libre y gratuito y funciona en la sede de la Asociación.

Actualmente cuenta con 343 fuentes bibliográficas en idioma español, 286 en idioma extranjero, 75 tesis y tesinas de grado, 428 ponencias, todas ellas en soporte papel. También integran su catálogo un número creciente de publicaciones en formato digital.

Es atendida por los miembros de la Comisión Biblioteca de ASAM, los días martes, de 17:30 a 20 horas y los días viernes, de 9:30 a 12 horas. Recibe además consultas vía mail tanto desde el interior y CABA, como así también del extranjero, y organizó a través de los años diversos proyectos relacionados con el desarrollo teórico de la disciplina y su difusión.

Brindar asesoramiento a los concurrentes que consultan la biblioteca

Difusión del material bibliográfico de la disciplina musicoterapéutica y temas afines

Brindar asesoramiento teórico

Brindar asesoramiento a tesistas de grado, profesionales de diversas disciplinas y al público en general.

Atención al público, en relación a los servicios brindados por la asociación y los alcances de la disciplina, así como también a los socios regulares.

Orientar la búsqueda de tutor y material, de los alumnos en instancia de tesina de las diferentes casas de estudios

PROYECTOS

- Biblioteca virtual
- Ciclo de presentación de tesis y tesinas
- Traducciones
- Grupo de estudio y seminarios
- Recopilación y digitalización de documentación histórica de la Asociación Argentina de Musicoterapia
- Venta de libros de autores nacionales

Asociación Argentina de Musicoterapia

Te invitamos a estar en contacto con nosotros, y a acercarte a ASAM para participar de las distintas actividades.

Porque formar parte de ASAM?

Porque puedes acceder a la mejor y más completa biblioteca sobre Musicoterapia de Latinoamérica, para consultas y préstamos.

Porque puedes hacer uso del consultorio de la sede para actividades de formación y asistencia relacionadas con la disciplina.

Nuestro consultorio se encuentra equipado con instrumentos musicales, equipo reproductor de música, computadora con software específico, y comodidades para actividades grupales e individuales.

Porque puedes participar de la bolsa de trabajo, con variadas y numerosas ofertas laborales para musicoterapeutas. bolsadetrabajoasam@gmail.com

Porque puedes formar parte de nuestra Cartilla de Profesionales, en donde aparecen los datos de contacto de musicoterapeutas de todo el país.

Porque puedes obtener tu seguro de Responsabilidad Profesional a través de un convenio de ASAM con la empresa TPC. A un costo muy conveniente puedes obtener, además de la cobertura del Seguro, el asesoramiento legal y la defensa y representación en sede penal y civil, en el caso de que así fuera requerido.

Porque puedes recibir asesoramiento acerca de la disciplina, la formación del musicoterapeuta y los aspectos legales de la profesión. Así como también recibirás el apoyo de la asociación para las acciones profesionales que emprendas.

Porque puedes recibir periódicamente información y novedades acerca de eventos de la disciplina y del campo de la salud y la educación. Así como también puedes difundir tus actividades a través de nuestro servicio, vía web y correo electrónico



Principios de Analogía y Polifonía en el Estudio de Casos

Lic. Gabriel Abramovici
gabramovici@psi.uba.ar

Colectivo 85 (Musicoterapeutas Comunitarios), AMdeBA
(Asociación de Musicoterapeutas de Buenos Aires), ASAM
(Asociación Argentina de Musicoterapia)

Palabras clave:

Lenguaje musical, significado, semiología, salud mental, analogía, polifonía.

Resumen

En las publicaciones sobre significado y lenguaje musical, las referencias al contexto de producción predominan sobre las características intrínsecas del sistema. ¿Cuáles son las características inmanentes del lenguaje musical, independientes del contexto de utilización? ¿Cuáles son sus principios y cómo se instrumentan en la práctica? Metodológicamente se analizan dos casos de musicoterapia en salud mental, uno grupal y uno individual, a la luz del estructuralismo como marco teórico. Se desarrolla una aproximación a la semiología estructural de la música en musicoterapia. El signo musical está conformado por dos planos: significado (afecto de la vitalidad o modalidad vincular) y significante (forma expresiva). En el análisis de casos, se aplican dos principios de significación del lenguaje musical. El principio de analogía establece que un objeto representa a otro por semejanzas en sus características formales. El principio de polifonía se basa en la capacidad de alojar y articular líneas simultáneas de significado. Estos principios vuelven operativos los objetivos terapéuticos y permiten construir designaciones en musicoterapia. El lenguaje musical estructura la realidad subjetiva.

Kerywords:

Musical language, meaning, semiology, mental health, analogy, polyphony.

Abstract

In publications about meaning and musical language, references about context of production prevail over the intrinsic characteristics of system. What are the inherent characteristics of the musical language, regardless of the context of use? Which are their principles and how implement that in practice? Two cases of music therapy in mental health are discussed, one group and one individual. The Structuralism is theoretical and methodological framework. It develops an approach to structural semiology of music in Music Therapy.

The musical sign consists of two levels: signified (feeling of vitality or relational modality) and signifier (expressive form). In analysis of cases, two principles of musical language are applied. Analogy principle: an object represents another by similarities in their formal characteristics. Polyphony principle: the capacity to accommodate and articulate simultaneous lines or voices. These principles become operational therapeutic goals and let build designations in Music Therapy.

The musical language structure subjective reality.

Introducción

El lenguaje musical modula la escucha y las intervenciones específicas en musicoterapia. Los aportes relacionados con la comprensión de este lenguaje implican un progreso en la disciplina, validando su cuerpo teórico y dando consistencia a la praxis. En Argentina y en todo

el mundo, venimos de una larga tradición de psicoterapias basadas en la palabra. A veces se relega la potencialidad específica del lenguaje musical, definido por la negativa como no-verbal o directamente impugnado como lenguaje. Gustavo Gauna (2014) refiere que podemos tomar dos decisiones:

- Buscamos la seguridad en una ciencia

de más reconocimiento y tiempo de existencia y de allí construimos un saber que posteriormente habrá que traducir.

- Nos hacemos cargo de aquello que “es” en nuestro lenguaje, el del arte, y desde allí buscamos aquella rigurosidad ética necesaria para el desarrollo de nuestro conocimiento. (p.24)

En las publicaciones de musicoterapeutas nacionales e internacionales sobre lenguaje y significación en música, las referencias al contexto de producción predominan sobre las características inmanentes del lenguaje musical. Rodríguez Espada (2002) destaca la polisemia de la música y su apertura a múltiples sentidos. Ruud (1992) afirma que en musicoterapia se produce una construcción y deconstrucción del sentido a partir del contexto. Algo similar plantean los referentes de la Universidad Abierta Interamericana a través del pensamiento estético (Perea et al., 2014). Entre ellos Gustavo Langan (2004b) plantea la co-construcción de sentido en el grupo de musicoterapia.

Mary Priestley (1995) en su Modelo Analítico establece que la interpretación es una traducción entre música y palabras que se realiza de forma dialógica en transferencia. Stige (2003) caracteriza a este modelo como una “posición referencialista: la música se refiere a algo más, en terapia se refiere a las emociones y los contenidos inconscientes” (p.4). Lo compara al Modelo de Musicoterapia Creativa (Nordoff-Robbins) que está “más cerca de una posición absolutista, donde la música no se refiere a nada salvo a ella misma” (p.4). En los dos casos, el autor destaca que es el contexto el que permite establecer el mecanismo de significación.

Lia Rejane Mendes Barcellos (2012) publicó un trabajo basado en el modelo de semiología musical de Molino y Nattiez, proveniente de la semiótica del estadounidense Charles Sanders Peirce (López Cano, 2007). El modelo tripartito pone el foco en la dimensión pragmática de la música, la situación formal de concierto y la comunicación del intérprete con el oyente. La propuesta de Barcellos incorpora al sistema semiológico las condiciones de producción (poiesis) y de recepción (estesis) de la música. Como tercera instancia se encuentra el objeto neutro, cuyo análisis musical se denomina inmanente.

Los autores citados concuerdan en que la significación de la música depende del contexto de producción. Existe un vacío teórico en cuanto a las características estructurales del lengua-

je musical como sistema. ¿Existe en la música una estructura que condicione los mecanismos de significación? Las siguientes preguntas son aproximaciones al problema en cuestión: ¿Cuáles son las características intrínsecas del lenguaje musical, independientes del contexto de producción y recepción? ¿Qué puede aportar la musicoterapia en la comprensión de la estructura de este lenguaje? ¿Cuáles son sus principios básicos y cómo se instrumentan en la práctica musicoterapéutica?

La relevancia de este trabajo consiste en brindar una perspectiva específica para el análisis de los procesos de protección, promoción y recuperación de salud en musicoterapia. La semiología estructural de la música puede aportar conocimientos para validar un saber específico, legitimar indicaciones, derivaciones y políticas en salud. Pero sobre todo, optimiza los instrumentos operacionales que tenemos para ayudar a las personas con las que trabajamos.

En este artículo se analizan dos casos de musicoterapia en salud mental, uno grupal y uno individual. El marco teórico y metodológico es el estructuralismo. Según Piaget (1960) hay dos aspectos comunes a todos los estructuralismos: por un lado, un ideal de intangibilidad intrínseca, en el que una estructura se basta a sí misma y no precisa recurrir a elementos externos. Por la otra, la evidencia de características generales que presenta una estructura a pesar de su variedad. Claude Lévi-Strauss sistematizó el estructuralismo en antropología convirtiéndose en el estructuralista más conocido, junto al psicoanalista Jacques Lacan. El estructuralismo, no obstante, había surgido entre 1907 y 1911 con la semiología de Ferdinand de Saussure.

Saussure (1985) plantea una escisión entre dos manifestaciones del lenguaje: la lengua y el habla (langue et parole). La lengua es un sistema de signos socialmente aceptado, con sus principios y convenciones. El habla es el uso particular que un individuo o grupo de personas hace de ese sistema. La unidad lingüística es el signo y está conformado por la superposición de dos planos: un concepto (significado) y una imagen acústica (significante). El valor del signo está dado por su oposición a otros signos y su pertenencia a un sistema, no por su referencia a objetos extralingüísticos.

Semiología de la Música en Musicoterapia

Al proyectar la semiología estructural sobre el lenguaje musical, no será viable refutar o validar principios de la lingüística, pues se trata de otro lenguaje. El objetivo será encontrar la estructura de significación del lenguaje musical en musicoterapia. Así, la escisión entre lengua y habla tiene como analogía lenguaje musical (sistema) y hacer musical (uso).

Desde la década del '50, varias corrientes de pensamiento consideran que el significado de la música está relacionado con la experiencia subjetiva y el mundo emocional (Langer, 1967; Meyer, 2003). Priestley (1995) afirma que la música denota emociones específicas que no se pueden verbalizar. Las emociones que refiere la música, difieren de las emociones que podemos expresar en palabras como alegría, tristeza, miedo o ira (Español, 2006). El significado de la música se aproxima a modos de sentir dinámicos, lo cuales se describen mediante términos como agitación, desvanecimiento, progresivo, fugaz, explosivo, estallido, dilatación. Son los afectos de la vitalidad (Stern, 1985). Según Español (2006) consisten en "perfiles de activación en el tiempo, son cambios pautados de la intensidad de la sensación" (p.16). La musicalidad comunicativa (Shifres, 2007) modula la experiencia interpersonal desde el inicio de la vida en la diada madre-bebé. Por eso, el significado musical también puede estar constituido por modalidades vinculares (ICMUS, 2006). Dice al respecto Silvia Español (2006):

"Las artes temporales, la danza abstracta y la música son los modos de expresión por excelencia de los afectos de la vitalidad. Ellas revelan modos de sentir más que un sentimiento en particular; no transmiten afectos discretos, emociones como la tristeza o la alegría, sino modos de sentir dinámicos: la tristeza puede ser fugaz o dilatada, acelerarse o desvanecerse al igual que la alegría. Así también es el mundo social experimentado por el niño" (p.4).

¿Cuál es el significante musical en Musicoterapia? Las notas o los silencios no producen significación por sí mismos. Son análogos a los fonemas, sub-unidades semiológicas. En el otro extremo, las grandes dimensiones musicales (melodía, armonía y ritmo) son demasiado generales para el análisis de casos. En cambio, los parámetros musicales (densidad, intensi-

dad, textura, etc.) sí resultan operativos para el análisis musical en musicoterapia. Por lo general aparecen ligados a una forma expresiva. El significante musical es la forma expresiva, entendida como un conjunto que integra elementos perceptuales inter-dependientes (Langer, 1966). Por ejemplo, un desvanecimiento puede involucrar un descenso progresivo de la velocidad y la intensidad, simultáneamente.

Desde esta perspectiva, el signo musical está conformado por un significado que puede configurarse como afecto de la vitalidad o modalidad vincular, ligado a una forma expresiva.

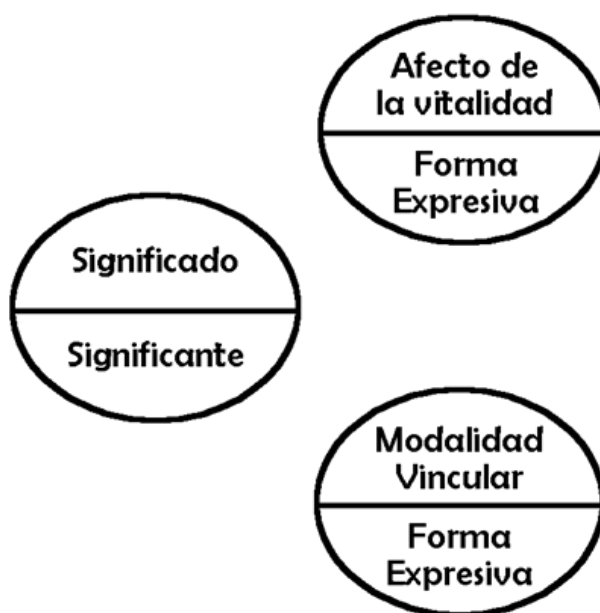


Figura 1. Conformaciones del signo musical.

Primer Principio: Analogía del Lenguaje Musical
Quizás lo más contundente de la semiología estructural de Saussure es la enunciación de dos principios básicos de la lengua: arbitrariedad y linealidad. "El lazo que une el significante al significado es arbitrario, o también, ya que por signo entendemos la totalidad resultante de la asociación de un significante a un significado, podemos decir más sencillamente: el signo lingüístico es arbitrario" (p.87). La idea de árbol no está ligada con el sonido 'árbol' por ninguna relación exterior al lenguaje. Es arbitrario porque responde a una convención social, diferente en cada idioma, más o menos estable a lo largo del tiempo.

En el lenguaje musical, el principio de arbitra-

riedad es desplazado por el principio de analogía. Smeijters (2005) sostiene que los procesos musicales son análogos a los procesos psíquicos. Butera (2012) considera que la capacidad expresiva consiste en poner afuera aspectos del mundo interno a partir de representaciones análogas. La analogía es un modo de simbolización mediante la cual un objeto representa a otro por coincidencias en sus características formales. En el surco de un disco de vinilo (soporte analógico) está el perfil de la onda sonora grabada. De la misma manera, la forma expresiva se parece al afecto de la vitalidad o modalidad vincular que representa. El signo musical no es completamente arbitrario, significado y significante son semejantes en sus configuraciones formales.

Para citar un ejemplo, Meyer (2005) sostiene que el desarrollo de la tensión armónica en la música tonal representa el devenir de las tensiones subjetivas del ser humano. La forma expresiva tensión armónica es semejante en su forma y desarrollo al afecto de la vitalidad tensión subjetiva. El enlace no es completamente arbitrario. Hay una analogía.

Debido al principio de analogía, el signo musical corresponde a lo que Saussure denomina símbolo. "Lo característico del símbolo es no ser completamente arbitrario; no está vacío, hay un rudimento de lazo natural entre el significante y el significado" (p.88). Este lazo natural reemplazaría a la convención social arbitraria. Las estéticas dominantes y el territorio cultural influirán notablemente en la elección del enlace. No obstante, el enlace entre significado y significante responderá al proceso particular de una persona o grupo en musicoterapia. Se utilizará el término designación para referirnos a un signo constituido por una persona o grupo particular.

Segundo Principio: Polifonía del Lenguaje Musical

Saussure (1985) enuncia también el principio de linealidad: "El significante, por ser de naturaleza auditiva, se desarrolla sólo en el tiempo

y tiene los caracteres que toma del tiempo: a) representa una extensión, y b) esa extensión es mensurable en una sola dimensión: es una línea" (p.90). La palabra se desenvuelve formando una sola línea o sintagma. Si dos personas o más hablan al mismo tiempo, se produce ruido en la comunicación. El sistema verbal no admite simultaneidad de voces.

¿Qué ocurre en música? Aunque sus significantes también se desarrollan en un sustrato sonoro, se pueden alojar y articular múltiples líneas de significado al mismo tiempo. Los instrumentos de la orquesta o las voces de un coro, producen líneas discursivas simultáneas. El principio de linealidad de la palabra es desplazado en música por el principio de polifonía. "Este principio es evidente, pero parece que siempre se ha desdeñado enunciarlo, sin duda porque lo encontraron demasiado simple; sin embargo, es fundamental y sus consecuencias son incalculables" (Saussure, 1985 p.90). El principio de polifonía permite integrar participantes simultáneos en el hacer musical.

En música no sólo se admite la superposición de líneas discursivas, también produce significado a partir de la interrelación de estas líneas, su grado de subordinación o independencia, fusión o diferenciación. Extensas investigaciones en musicoterapia encontraron perfiles que describen el correlato psíquico de la configuración polifónica, como el Perfil Integración (Bruscia, 1999) o los Perfiles Sonoros Vinculares (ICMUS, 2006). La capacidad de articular voces paralelas posibilita simbolizar, en presencia, la vida inter-subjetiva. En el hacer musical colectivo se expresan muchas tensiones de la dialéctica individuo-sociedad. Según Cross (2010) el hacer musical se manifiesta en todas las culturas ligado a situaciones de incertidumbre social.

Tabla 1

Comparativa de los principios del lenguaje verbal y musical.

	Lenguaje Verbal	Lenguaje Musical
Primer Principio	Arbitrariedad	Analogía
Segundo Principio	Linealidad	Polifonía

A continuación, se aplican los principios de la semiología estructural de la música en el análisis de dos casos de musicoterapia en salud mental con adultos. En primer lugar, un grupo de musicoterapia y luego, un caso clínico individual. El marco institucional es el Servicio de Salud Mental del Hospital Piñero, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En esta institución pública me desempeño como musicoterapeuta de planta. Se trata de una sala de internación a puertas abiertas en un hospital general. Los tiempos de internación son en breves, de tres meses como máximo. Existe un sistema de Pre y Post-Alta en el que se trabaja la externación de las personas con padecimiento mental. Luego del alta, muchos usuarios continúan en seguimiento ambulatorio. El equipo interdisciplinario está compuesto por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, y musicoterapeutas.

Principios del Lenguaje Musical en el Grupo de Musicoterapia

El grupo de musicoterapia del Club de Pacientes funciona desde 2005 en el Servicio de Salud Mental del Hospital Piñero. Participan usuarios internados y ambulatorios, mujeres y hombres con padecimiento mental. Las edades oscilan entre los 18 y los 65 años. Las sesiones de 90 minutos tienen frecuencia semanal. Los participantes concurren por demanda espontánea o por derivación de su equipo tratante, participando en forma voluntaria. Algunos permanecen en el grupo durante muchos años, otros concurren solamente durante su internación. El promedio de asistencia es de diez participantes por sesión.

Los objetivos terapéuticos de este grupo pueden dividirse en dos grandes conjuntos. El primero de ellos está relacionado con la integración social. Las personas con padecimiento mental tienen dificultades en las relaciones interpersonales y sufren retraimiento social. Esto puede estar provocado por los síntomas negativos de la enfermedad, los efectos adversos de la medicación o la discriminación que sufren por parte de su entorno. En este espacio de escucha, producción y reflexión, se promueve la interacción a través del hacer musical. Cantar, tocar, compartir gustos musicales, implica una experiencia intersubjetiva intensa, estimulante y placentera. Participar de las producciones, ajustarse a un pulso grupal, sacar la voz, escu-

char, hacerse escuchar, acompañar y ser acompañado, sostener el silencio, planificar una producción, expresar gustos y reconocer los gustos de los demás, son procedimientos usuales en musicoterapia. A partir del vínculo con los musicoterapeutas, los compañeros de grupo y la sistematización de estos procedimientos, se favorece la integración social de los usuarios.

El principio semiológico que permite instrumentar estrategias de integración social en musicoterapia es la polifonía. La capacidad de articular líneas simultáneas hace de la música una herramienta privilegiada para promover la interacción social. El lenguaje verbal tiene como requisito excluyente la alternancia y los turnos en la producción y recepción. En el grupo de musicoterapia, además de la posibilidad de alternancia se admite la simultaneidad. Los entramados de líneas discursivas o texturas también son parte de la producción, pueden ser percibidos, comprendidos y transformados por el grupo.

El otro conjunto de objetivos del grupo de musicoterapia es el fortalecimiento de la red simbólica. La mayoría de los usuarios tiene una estructura psíquica que puede ser entendida como un hecho del lenguaje (Lacan, 2013) o un trastorno en la estructura del lenguaje (Bromberg, 1995). Pueden aparecer fenómenos como palabras cargadas de significación plena o palabras vacías de significado. "Ambas formas, la más plena y la más vacía, detienen la significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto" (Lacan, 2013 p.15).

El fortalecimiento de la red simbólica se instrumenta a partir del enlace entre designaciones. Por ejemplo, tomamos un afecto de la vitalidad o modalidad vincular emergente y lo transformamos con el grupo en una improvisación referencial. O viceversa, a partir de una improvisación libre se propone buscar un título. Reflexionamos grupalmente sobre la forma expresiva, identificando su estructura y elementos constitutivos. Registramos las imágenes, sensaciones y recuerdos evocados. La discusión sobre el título de una producción musical pone en juego la simbolización. Según Bromberg (1995) "alentamos la producción del sujeto, tanto escrita como gráfica, para poder, a partir de ésta, pedirle asociaciones y poder propiciar que se relance hacia la vía discursiva" (p.148).

Llamaremos improvisaciones referenciadas a las producciones que el grupo relaciona con contenidos emergentes, a priori (improvisa-

ciones referenciales) o a posteriori (titulación de improvisaciones libres). En todos los casos se busca establecer enlaces, tejer redes entre designaciones musicales y verbales. Sin juzgar

el contenido, sólo las posibilidades de lazo. A través del humor, la libertad creativa y el juego, se ejercita la simbolización. De esta manera, se flexibiliza y se extiende la red simbólica.

Tabla 2.

Algunas Improvisaciones Referenciadas del grupo a lo largo de los años.

Improvisación Referenciada	Año	Forma Expresiva Saliente
Tren	2005	Acelerado
Fantasma	2006	Crescendo
Dando vueltas en el Carroussel	2006	Glissando
Pandereta Líquida	2006	Desajuste rítmico
Ave Fénix	2006	Silencio y frases disruptivas
Paisaje indio	2007	Pulso y acento
Clozapina	2009	Melodías descendentes
Payaso Freak en Circo	2009	Pulso regular y disonancias
Castillo Misterioso	2011	Arpegios
Agua	2015	Ruido blanco, ritmo irregular
Convivencia	2015	Baja densidad, diálogos
Calor	2015	Sonidos rugosos, densidad alta
Trabajadores	2015	Intensidad alta, disonancias

El principio del lenguaje musical que instrumenta el fortalecimiento de la red simbólica es la analogía. La posibilidad de establecer significaciones analógicas, en los que el significante se parece al significado, facilita el proceso de simbolización. Permite construir grupalmente

designaciones musicales no-arbitrarias, que se integran con las palabras en la red simbólica del sujeto. A partir de la analogía se pueden representar afectos de la vitalidad y modalidades vinculares irreductibles al lenguaje verbal. La expresión musical permite objetivar estos con-

tenidos, comprenderlos, transformarlos y cambiar la posición del sujeto frente a ellos. De existir agujeros simbólicos, se fortalecen los bordes que contienen la desorganización subjetiva.

En agosto de 2016, se administró una encuesta anónima de evaluación a diez usuarios. Nueve respondieron que musicoterapia los ayuda mucho a relacionarse con gente (variable integración social) y uno N/C. Nueve contestaron que los ayuda mucho a expresarse (variable fortalecimiento de la red simbólica) y uno N/C. Cuatro respondieron que los ayuda mucho a entender qué les está pasando (variable fortalecimiento de la red simbólica), dos que los ayuda

algo y cuatro N/C. Transcribo algunas respuestas abiertas significativas: “¿Por qué musicoterapia te ayuda a relacionarte con gente?” (variable integración social) “Porque son muchos los que intervienen”. “¿Por qué musicoterapia te ayuda a expresarte?” (variable fortalecimiento de la red simbólica) “Porque no es como un psicólogo, no tengo que decirle directamente lo que me pasa, sino que lo expreso a través de la música”. Las variables integración social y fortalecimiento de la red simbólica se instrumentan a partir de los principios del lenguaje musical de acuerdo a la Tabla 3.

Tabla 3.
Objetivos del grupo y principios semiológicos instrumentados.

Objetivos del Grupo de Musicoterapia	Principio operacional
Integración social	Polifonía
Fortalecimiento de la red simbólica	Analógia

Caso Silvio, El Designador

En enero de 2014, Silvio Correa¹ fue internado en el Servicio de Salud Mental del Hospital Piñero. El motivo de internación fue un intento de suicidio a través de la sobreingesta de medicamentos. Intentaré describir brevemente su situación en aquel momento. Con 37 años estaba sufriendo un episodio depresivo. Consumía alcohol y cocaína. Vivía solo, en un cuarto de pensión. Mantenía un vínculo distante con su madre y su hermana. Se había desvinculado de su padre. Tenía interacción social reducida. Formaba parejas por corto tiempo, caracterizadas por el conflicto en las relaciones. Sostenía esporádicamente trabajos informales “en negro”.

Como elemento saliente de su historia sonoro-musical, participó durante la adolescencia en una cuerda de candombe uruguayo y tocó en algunas bandas de rock. Tenía conocimientos musicales. Los instrumentos que tocaba por fuera del hospital eran percusión, guitarra y bajo eléctrico. Su padre era músico, baterista. En las entrevistas con su psicóloga, el usuario adjudi-

caba el origen de su problemática a la violencia recibida a lo largo de su infancia de parte de su padre. La persistencia de su posición melancólica motivó la derivación a musicoterapia. Luego de pasar por la admisión en el grupo, recibió tratamiento individual con frecuencia semanal, durante los dos meses que continuó internado.

En las primeras sesiones, Silvio comenzó a construir bases rítmicas con instrumentos de percusión y a tocar patrones armónicos en la guitarra. No se escuchaba ninguna figura melódica. Las producciones sonaban como el acompañamiento de una melodía inexistente. Fue Silvio quien reconoció estas recurrencias en sus formas expresivas. A partir de la reflexión, les pudo otorgar un sentido relacionado con su historia:

“En todas las bandas en las que toqué, siempre hice de base para que otros instrumentos como la guitarra improvisen. Es parecido a lo que me pasa cuando juego al fútbol, siempre voy de arquero o defensor. Estos lugares son de mucha responsabilidad y a veces no puedo sostenerlos. Mis últimas parejas fueron mujeres con ex mari-

dos violentos, siempre terminaba poniéndome en el lugar de protector”.

Silvio estaba utilizando las formas expresivas de sus producciones para objetivar sus modalidades vinculares. Así constituyó una designación que lo ayudó a conocerse, flexibilizar sus vínculos y cambiar su posición subjetiva. La Figura 2 representa la primera designación musical que constituyó Silvio en musicoterapia. El genograma del semicírculo superior ilustra una modalidad vincular, caracterizada por relaciones de violencia, primero con su padre y luego entre sus parejas casuales y los ex maridos. Los niños víctima de violencia pueden generar un mecanismo de defensa que consiste en evitar llamar la atención, preservándose así de posibles agresiones. La modalidad vincular de esta designación está asociada a un intento por ocultarse, no sobresalir y a la vez acompañar o proteger a personas allegadas. Silvio lo enlaza por analogía con la forma expresiva de fondo sin figura, esquemática por el pentagrama doble.

Esta configuración de voces, en la cual una está ausente o totalmente subordinada a la otra, es posible a partir del principio de polifonía. Resulta interesante que dicho principio funcione aun en las producciones individuales, por la introyección de un grupo musical. En esta primera designación están condensados los dos principios que venimos exponiendo.

En 2016 realicé una entrevista con Silvio para evaluar el proceso llevado a cabo en musicoterapia. Sus palabras aunque coloquiales refuerzan lo postulado:

“En individual le pude sacar el jugo. Encontré una conexión distinta de mi personalidad

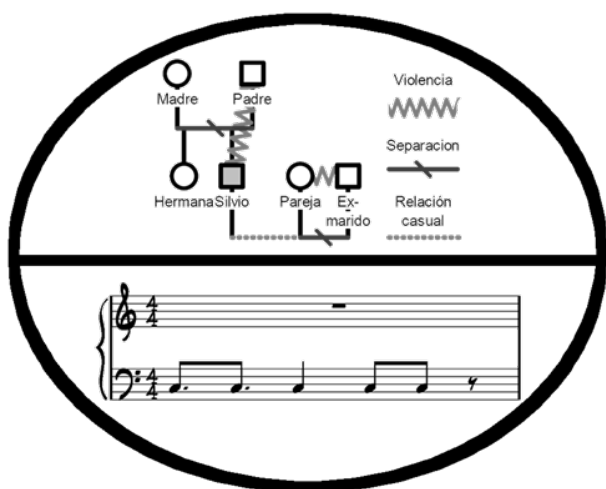


Figura 2. Primera designación musical de Silvio

con un determinado tipo de instrumento que elijo. También lo relacioné con que soy defensor cuando juego al fútbol. La música para mí es una necesidad, en el sentido de relacionarme con gente”.

Durante la internación de 2014, el equipo interdisciplinario logró la re-vinculación de Silvio con su padre, quien lo alojó en su casa con predisposición a ayudarlo, continencia económica y emocional. Esto dio lugar al alta y a un nuevo capítulo en sus vidas. El proceso llevado adelante en musicoterapia colaboró con la flexibilización de modalidades vinculares rígidas, las cuales impedían brindarse a esta posibilidad.

En 2015, abandonó el tratamiento en el Hospital Piñero y comenzó a atenderse en forma privada por un psiquiatra cuyas intervenciones resultaron iatrogénicas. Tuvo que volver a ser internado, pero tanto el riesgo como el tiempo que demoró en compensarse fueron menores. Debido a su descompensación, faltó varios días a su trabajo informal y fue despedido. Retomamos el encuadre de musicoterapia individual, una vez por semana, durante un mes.

Los problemas laborales representaban una preocupación constante que desplegaba en las sesiones. Durante una producción rítmica con aire de candombe, reflexionó: “Si te perdés o parás de tocar es muy difícil retomar, se cae todo. Para saber cuándo entrar, hay que escuchar al tambor piano que marca el primer tiempo”. El percusionista o el defensor de un equipo de fútbol pueden carecer de protagonismo, pero sin ellos la estructura del equipo o conjunto musical se desmorona. Las reflexiones de Silvio sobre la estabilidad rítmica de sus producciones fueron significativas, porque estableció un enlace con la estabilidad laboral. Esto le permitió objetivar su situación, comprenderla y poder modificarla.

Silvio había constituido una segunda designación musical. La forma expresiva de un tambor de la cuerda de candombe, el chico (célula sincopada de un tiempo que se repite circularmente), se ligó con una modalidad vincular estable (la posibilidad de tener trabajo). El usuario fue quien constituyó el enlace a partir de la reflexión en musicoterapia y el principio de analogía del lenguaje musical.

Luego del alta y a pesar de la distancia, continuó su seguimiento ambulatorio en el Hospital Piñero. Se procedió al cierre del espacio

de musicoterapia con el objetivo de facilitar el proceso de des-institucionalización. Continuamos manteniendo conversaciones informales en la sala de espera, debido al buen vínculo que habíamos establecido. En una de estas conversaciones, expresó la necesidad de tener un trabajo en blanco. Debía realizarse una operación gástrica y quería hacerlo a través de una obra social. Realicé la derivación al sistema de Pre y Post-Alta, donde se estaban gestionando algunos puestos de trabajo. En aquel momento,

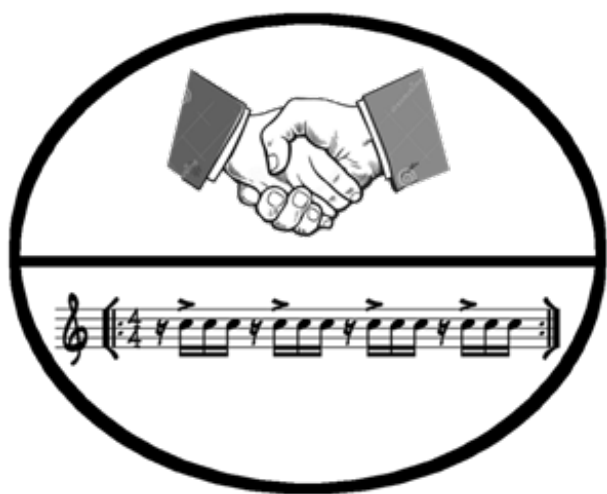


Figura 3. Segunda designación musical de Silvio.

estábamos logrando que se ejerciera el derecho de las personas con discapacidad a ocupar el 4% del plantel en las dependencias estatales (Ley Nº 27.135, 2003).

La derivación al Post-Alta fue exitosa, Silvio fue admitido como candidato a trabajar en una agencia nacional. Después de varias entrevistas, fue contratado con obra social, vacaciones, aguinaldo y un buen salario. Renunció a su pensión por discapacidad, cambiando su posición subjetiva de pensionado a trabajador. Actualmente se encuentra estable, puede cumplir con sus responsabilidades laborales y continúa en seguimiento ambulatorio. Su proceso en musicoterapia fue parte de la intervención del equipo interdisciplinario. Lo ayudó a transformar su realidad. A través del hacer y del lenguaje musical, pudo encontrar las coordenadas simbólicas para convivir con su padre y ejercer el derecho a un trabajo digno. Desde entonces y hasta la fecha, no tuvo reinternaciones.

Discusiones y Conclusiones

La música es un lenguaje independiente que aporta

especificidad en musicoterapia.

Una posible objeción en considerar la música como lenguaje es subordinarla al lenguaje verbal. Encontrar principios de funcionamiento específicos permite refutar dicha objeción. Se abona la idea de música como lenguaje independiente, pues descubrimos una estructura de simbolización particular.

Los principios de analogía y polifonía son características intrínsecas del lenguaje musical. La semiología estructural de la música es una perspectiva que aporta solidez al cuerpo teórico de la musicoterapia y a sus instrumentos operacionales. Permite validar la especificidad de la música en un contexto terapéutico, a partir de características inmanentes del lenguaje musical y no sólo a partir de su contexto de producción y recepción.

Esta perspectiva orienta las estrategias e intervenciones del musicoterapeuta, pues responde a la lógica de su lenguaje específico. Los principios de analogía y polifonía determinan estrategias grupales de fortalecimiento de la red simbólica e integración social, respectivamente. En el caso de Silvio, El Designador, estos principios permiten encontrar designaciones o enlaces particulares entre formas expresivas y modalidades vinculares, haciendo posible la comprensión y transformación de la realidad subjetiva.

El lenguaje musical estructura la realidad.

El aporte más revolucionario de Saussure (1985) fue negar al lenguaje como simple nomenclatura. Impugnaba la existencia de ideas previas a las palabras. Este postulado fue el que abrió las puertas al denominado giro lingüístico de la filosofía, el cual reconoce al lenguaje como agente estructurante (Rorty, 1967)

Siguiendo la línea del giro lingüístico, podríamos preguntarnos si existen afectos de la vitalidad y modalidades vinculares que preexistan al lenguaje musical. Tengamos en cuenta que la musicalidad comunicativa (Shifres, 2007) surge en la diada madre-bebe a partir de interacciones vocales, corporales, tonales y rítmicas, constituyéndonos como sujetos. Español (2006) postula la existencia de un “estado de ánimo musical, pre-conceptual y a-figurativo” (p.18), en el que estarían incluidos los afectos de la vitalidad y las modalidades vinculares tempranas. El lenguaje musical, al igual que la palabra, construye y modela nuestra realidad.

Lenguaje verbal y musical estructuran dife-

rentes niveles de realidad. Banfi (2014) nos previene sobre el intento de traducción de un lenguaje al otro, proponiendo “sumar, alternar y superponer lenguajes sin confundirlos” (p.152). Música y palabra nos constituyen como sujetos. Tienen estructuras y principios diferentes, pero se van hilvanando en la misma red simbólica, como en una canción.

Entre designaciones particulares y generalizaciones simbólicas.

Este trabajo pretende describir una estructura general de significación de la música en musicoterapia. Langan (2014a) sostiene que el discurso musical “Es un fenómeno sustancialmente subjetivo y singular tanto desde su condición de producción (lo poético) como desde su condición de recepción (lo estético)” (p.186). Savazzini & Papa (2016) afirman que en la escucha musicoterapéutica, el signo está vacío. Desde la perspectiva de la semiología estructural de la música, el signo no está vacío. Como hemos visto, existe un enlace entre una modalidad vincular o afecto de la vitalidad y una forma expresiva. Esta estructura inmanente del signo se ubica en el nivel neutro y no depende de las condiciones de producción ni recepción. La polisemia, el contexto, la poiesis y estesis, determinarán los contenidos que cada persona o grupo enlace en sus designaciones particulares. Establecer características generales del lenguaje musical no impide mantener una actitud abierta en la escucha.

En el otro extremo existen grandes generalizaciones, como las desarrolladas por Bruscia (1999) en las Perspectivas Psicoanalíticas. A partir de su vasta experiencia en clínica e investigación, este autor enuncia la significación simbólica de cada uno de los parámetros musicales. Los elementos rítmicos, dinámicos, tonales y armónicos son interpretados como una proyección de aspectos inconscientes o de personalidad. Por ejemplo, el volumen representa cuánta energía se dirige hacia un propósito. Más que designaciones particulares, se proponen verdaderos signos o símbolos universales. Se podrían analizar las Perspectivas Psicoanalíticas y las Perspectivas Existenciales a partir de la semiología estructural de la música, buscando analogías entre formas expresivas y afectos de la vitalidad.

Desarrollos posibles en otras áreas.

La semiología estructural de la música permite elaborar una conceptualización de la práctica de musicoterapia en salud mental con adultos. Sería interesante continuar desarrollando esta perspectiva y validarla para otras poblaciones y niveles de atención. En musicoterapia comunitaria, por ejemplo, existen desarrollos tecnológicos que se fundamentan en los principios del lenguaje musical. La metáfora de la cadena de audio (Isla, Alfonso, Demkura & Abramovici, 2016) representa las diferentes dimensiones del hacer musical reflexivo. La mezcla es la dimensión que vuelve operativo al principio de polifonía y la conversión seinstrumenta a partir del principio de analogía.

Referencias

- Banfi C. (2014). La escucha en la clínica. En Perea, X. et al., *A Voces: intertextos en musicoterapia*, pp. 151-165. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Barcellos, L. (2012). Musica, Sentido y Musicoterapia a la luz del Modelo Tripartito Molino/Nattiez. En *Voices: A World Forum for Music Therapy*, v. 12, n. 3. Disponible en <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/677/564>. Recuperado el 26 de septiembre de 2016.
- Bromberg, E. (1995). Estructura y organización en las psicosis. Cap. 8, 9 y 10, pp.115-157. Buenos Aires: Vergara.
- Bruscia, K. (1999). Modelos de improvisación en musicoterapia. Vitoria, España: Agruparte Producciones.
- Butera, C. (2012). Rehabilitación Psicosocial. Buenos Aires: Letra Viva.
- Cross, I. (2010). La música en la cultura y la evolución. En *Revista Epistemus*, 1, pp.9-19. Disponible en http://www.epistemus.org.ar/pdf/epistemus_n1.pdf. Recuperado el 10 de octubre de 2014. Argentina: Saccom.
- Español, S. (2006). De las emociones darwinianas a los afectos de la vitalidad o del tiempo de la evolución al tiempo del devenir. *Revista Historia de la Psicología*, 27(2). Disponible en <http://www.academica.org/silvia.espanol/38>, recuperado el 22 de agosto de 2016.
- Gauna, G. (2014). De lo estático a lo estético. En Perea, X. et al., *A Voces: intertextos en musicoterapia*, pp.23-28. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- ICMUS, Equipo de Investigación (2006) Proyecto

- Música y Psiquismo. Argentina: ICMus.
- Isla, C.; Alfonso, S.; Demkura, M.; Abramovici, G. (2016) El Hacer Musical Reflexivo, una perspectiva en Musicoterapia Comunitaria. En Anuario del VI Congreso Latinoamericano de Musicoterapia, pp.256-264. ISSN 2525-3239. Disponible en <http://goo.gl/TmK7f7>. Recuperado el 5 de octubre de 2016. Florianópolis: Comité Latinoamericano de Musicoterapia.
- Lacan, J. (2013). El Seminario 3, Las Psicosis. Cap. 3 El Otro y la psicosis. Buenos Aires: Paidós.
- Langan, G. (2014a) Acerca de la producción sonora musical de pacientes. En Perea, X. et al., A Voces: intertextos en musicoterapia, pp.185-192. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Langan, G. (2014b) De lo estático a lo estético. En Perea, X. et al., A Voces: intertextos en musicoterapia, pp. 23-25. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Langer, S. (1966). Los Problemas del Arte. Bogotá: Infinito.
- Langer, S. (1967). Sentimiento y forma: una teoría del arte. México: Universidad Nacional Autónoma.
- Ley Nacional Nº 25.785 (2003) Asignación de cupos de programas socio-laborales para personas con discapacidad. Publicado en el Boletín Oficial de Argentina el 31 de octubre de 2003.
- López Cano, R. (2007). Semiótica, Semiótica de la Música y Semiótica Cognitivo-Enactiva de la Música, Escuela de Música Superior de Catalunya. Recuperado el 2 de junio de 2016 de http://www.geocities.ws/lopezcano/Articulos/Semiotica_Musica.pdf.
- Meyer, L. (2005). Emoción y el Significado en la Música. Buenos Aires: Alianza.
- Perea, X. et al. (2014). A Voces: intertextos en musicoterapia. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Piaget, J. (1999) El Estructuralismo. México: Publicaciones Cruz.
- Priestley, M (1995). Meaning of Music. En Nordic Journal of Music Therapy, vol. 3, n. 1, pp. 28-32.
- Rodríguez Espada, G (2002) Los espejos que suenan. Tesis de Licenciatura en Musicoterapia. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Rorty, Richard (1990) El giro lingüístico: dificultades metafísicas de la filosofía lingüística. Buenos Aires: Paidós.
- Ruud, E. (1992). Metropolitens lydspor – om musikk som kart over moderne livsformer. En Berkaak, Odd Are & Even Ruud. Den påbegynte virkelighet. Studier i samtidskultur. Oslo: Universitetsforlaget (Scandinavian University Press).
- Saussure, F. (1985). Curso de Lingüística General. Buenos Aires: Planeta Agostini.
- Savazzini, M. y Papa, M. (2016). El signo vacío en la escucha musicoterapéutica. Trabajo presentado en el VI Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Florianópolis: Comité Latinoamericano de Musicoterapia.
- Shifres, F. (2007). La Música como Experiencia Inter-subjetiva. Trabajo presentado en el II Encuentro Argentino de Musicoterapia, Cámara de Diputados, Argentina.
- Sitge, B. (2003) Perspectivas on Meaning in Music Therapy. En Voices: A World Forum for Music Therapy, v. 3, n. 1. Disponible en <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/115/92>. Recuperado el 26 de septiembre de 2016.
- Smeijters, H. (2005). Sound the Self: Analogy in Improvisational Music Therapy. Dallas: Barcelona.
- Stern, D. (1991). El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós.

Notas

1 - Su nombre y datos personales se han modificado para preservar el anonimato.

Sergio Orellana

Musicoterapia
Neurorehabilitación

📞 0298 15 4532973
✉ orellanasrg@gmail.com
Gral. Roca - Río Negro

Julieta S. Rodriguez

Lic. en Musicoterapia
Salud Mental infanto juvenil
(Residencia - Hospital de Niños Dr.
Pedro de Elizalde)

✉ licjulietarodriguez@gmail.com

Fragmentos de un discurso musicoterapéutico

Entrevistas a Musicoterapeutas que hoy residen en el extranjero

Por Lic. Elena Pensa

“Cuando un discurso es de tal modo arrasado por su propia fuerza en la deriva de lo inactual, deportado fuera de toda gregariedad, no le queda más que ser el lugar, por exiguo que sea, de una afirmación.”
(Barthes, 1977)

El crítico y ensayista francés Roland Barthes (1915-1980) publicó en 1977 un libro titulado “Fragmentos de un discurso amoroso”. Se proponía reconstruir las identidades que habitan en el discurso amoroso, bajo la sospecha de que los años y el uso, su reproducción y su expansión, lo habían colocado en un lugar de extrema soledad, sin hábitat, sin sostén y muy lejos de los espacios que lo vieron crecer. Y continúa reproduciéndose, no ya pese a estas condiciones, sino precisamente gracias a ellas. La distancia que lo separa de lo original, de lo espontáneo es inversamente proporcional a la que lo acerca a lo representativo, y en un sentido general, a lo identitario.

Una idea interesante para pensar en el mundo discursivo de la musicoterapia, un ejercicio de fragmentación y redefinición que cobije las ideas, concepciones, regiones, incertidumbres y otros habitantes del discurso del musicoterapeuta en primera persona.

El tópico como adjetivo caracteriza el tipo de expresiones triviales o vulgares, representativas de lugares comunes dentro de una conversación o con respecto a un tema particular. Dentro del universo lingüístico un tópico es comúnmente un predicado o precisamente un tema. A su vez constituye lugares comunes de la retórica que tipifican figuras o clichés que sirven como guía para el desarrollo del discurso.

A comienzos del mes de junio, emprendimos la labor de realizar una breve entrevista a musicoterapeutas que hayan obtenido su título en Argentina y que residan actualmente en otros

países. La tónica, el tema sobre el cual se ha consultado, como así también las ideas contenidas y sugeridas en forma de preguntas, ejemplos, alternativas, etc. han sido consideradas para la elaboración de un artículo sobre la experiencia de formación de estos profesionales.

Se preguntó a los profesionales sobre su experiencia de formación durante los años de estudiantes, sobre sus lugares de inserción laboral, los marcos regulatorios para el ejercicio profesional en sus países y la interacción con colegas y con profesionales de otras disciplinas.

El testimonio que los musicoterapeutas elaboraron fue desglosado en búsqueda de hallar perspectivas personales sobre cuestiones comunes, con el objetivo de aprehender la mirada, o mejor, la voz que de cuerpo a tópicos que aún no han envejecido, que “siguen diciendo” aunque de ellas ya mucho se ha hablado.

El ejercicio que está presto a llevarse a cabo, pretende ir un poco más allá del relato anecdótico e invita al lector de este artículo a interrogar los lugares comunes que, aunque contruidos colectivamente, son alojados por los sujetos y forman parte de la experiencia de esta comunidad disciplinar. Aquí se han pensado, no por mera repetición, sino porque poder pensarnos y decirnos es otra manera de saber sobre nosotros mismos. Comprometerse y ser crítico, subjetivar lo que parece gastado de tan viejo y usado, es otra forma de construir conocimiento en Musicoterapia.

Estudiar en Argentina

Por Paulina Hernández Quezada, Lic. en Musicoterapia egresada de grado de la Universidad de Buenos Aires y Licenciada de la Universidad Maimonides (2007), chilena. Actualmente reside en Chile y desarrolla su práctica en Coaniquem (Corporación de Ayuda al Niño Quemado). paulimusicoterapia@gmail.com

“De todos aprendí y de sus diferencias. Pienso que mientras más conocimientos y herramientas tengamos para brindar a nuestros pacientes mejores seremos.”

Yo entre a la UBA en el año 2001. Fue una gran experiencia pasar de un pueblo chiquito en Chile a la UBA en Buenos Aires: las distancias y la vida era totalmente distinta. La carrera tuvo altos y bajos; más ciertos inconvenientes que se mezclaban por la situación del país. Dentro de las materias y los docentes había de todo. Ahora, en retrospectiva, siento que hay materias que no aportaron mucho, por ejemplo, a la clínica a la cual me dedico. Pero también hubo otras que aun recuerdo con gusto. Entre ellas vocal-fonal con Marcos Vidret y al profesor Golombek. Estudie allí entre el 2001 y 2006 y en paralelo hice mi formación particular en el Abordaje Plurimodal con Diego Schapira y Karina Ferrari. Al terminar complete mi licenciatura en la Universidad Maimonides a cargo de Rubén Gallardo.

Por Juan Pablo Zambinini, Lic. en Musicoterapia de la Universidad del Salvador (2012), argentino. Actualmente reside en Estados Unidos y desarrolla su práctica en Temple University, Philadelphia. juanzambo@gmail.com

“Comencé a investigar y me di cuenta que la música podía hacer mucho más que entretener y que la Musicoterapia me ofrecía la oportunidad de ayudar a otros con la herramienta que más disfrutaba utilizar.”

Durante la investigación de casas de estudio, yo vivía en México así que me puse en contacto con Fernanda Barabaresco (MT argentina que al momento vivía a una hora de distancia de donde yo estaba) y ella me alentó a ir a estudiar a Buenos Aires. También había considerado la opción de estudiar en la licenciatura en Estados Unidos; pero francamente no estaba dispuesto a pasar otra transculturación. Los costos de esa formación eran muy elevados, así que decidí volver a mi país para estudiar. Al llegar averigüé sobre los programas ofrecidos en la UBA, la

UAI y la USAL, finalmente elegí la USAL por su trayectoria, la calidad de los docentes y la estructura horaria que me permitía trabajar durante las tardes al ofrecerme un horario regular de clases.

Por Verónica Restrepo, Lic. en Musicoterapia egresada de la Universidad del Salvador (2014). Actualmente reside en Colombia y desarrolla su práctica en Centro de Neurorehabilitación Bloom; Intituciones Prestadoras de Salud; Fundación uno más uno y Sinfónica de Antioquia.

“Mi experiencia como estudiante, fue enriquecedora, por un lado, estaba en otro país, y así fuera de habla hispana, tenía otras formas, otras sonoridades, otra cultura.”

En el año 2008 me encontraba trabajando en diferentes clínicas y hospitales de Medellín – Colombia, leyendo cuentos infantiles a los niños hospitalizados, y me encontraba cursando música en Bellas Artes, comienzo a llevar música a las clínicas, y comienzan a suceder cosas muy significativas. Me realizo algunas preguntas y así es que investigo y encuentro “musicoterapia”. Investigo y me doy cuenta que en la ciudad de Bogotá, en la capital, ofrecen una maestría, pero aún no había terminado mi carrera de músico, y me faltaban algunos años, y quería algo para comenzar ya. Por otro lado no quería ni una maestría, ni una especialización, sino una carrera de base, una licenciatura. Al investigar, me salen en Latinoamérica varias opciones, entre ellas 4 universidades en Buenos Aires. Al observar los pensum, y la trayectoria dictando la carrera, elijo la USAL.

A partir del relato que nos brindaron los profesionales, se han recuperado lugares comunes por los que muchos musicoterapeutas han transitado en su experiencia de estudio y a lo largo de su vida laboral. Intentamos encontrar, como lo hizo Barthes en su obra, lo que afirma el discurso, lo que hay de dicho, vivido, cierto o incierto, lo que para cada uno es propio de su experiencia pero suena conocido, suena a colectivo, en el discurso de los musicoterapeutas. Lo que sigue a continuación de cada figura-palabra, no es su definición sino su argumento: no refiere a lo que estos términos son, sino a lo que los sujetos dicen por ellos. Cada figura alberga una frase, a menudo desconocida por los sujetos, pero que tienen un empleo dentro del circuito discursivo de los profesionales. Detrás de

“difundir”, por ejemplo, ha existido por años ideas relacionadas con el desconocimiento de esta disciplina a nivel local y regional, la escasa divulgación de la investigación, la falta de espacios para la difusión, la responsabilidad de las autoridades académicas, etc.

Siguiendo el estilo de fragmentación de Barthes, las figuras se recortaran según pueda reconocerse, en el discurso que fluye algo que ha sido leído, escuchado, experimentado. Una figura se funda si al menos alguien puede decir: “¡Qué cierto es! Reconozco esta escena o imagen de lenguaje” (Barthes, 2002)

Comunicarse por Juan Pablo Zambonini

En México fue muy difícil establecer relaciones con otros profesionales por la falta de conocimiento sobre la musicoterapia como disciplina académica y de la salud pero una vez que se logro reconocer que estábamos hablando en los mismos términos con un psicólogo, una fonoaudióloga, un medico entonces la relación y comunicación lograba ser más fluida.

Difundir por Juan Pablo Zambonini

Creo que el gran impedimento que tenemos con otras disciplinas es nuestra falta de investigación o la falta de investigaciones validadas para compartir los aportes de la música a la salud. Creo que la rendición de cuentas que tiene la musicoterapia tiende a ir hacia adentro, es decir, explicar la musicoterapia y musicoterapeuta y eso no nos permite avanzar en el área de la transdisciplina. Creo que debemos aprender a investigar de manera más objetiva y poder lograr hablar con el resto de las disciplinas de la salud en los mismos términos de investigación. Eso nos ayudará a lograr una mayor difusión de la disciplina y tener más credibilidad en la comunidad profesional.

Reconocerse por Verónica Restrepo

En Colombia, apenas está tomando fuerza la musicoterapia, es mejor pago el campo privado que el público. Aún no está regulada la musicoterapia, pero cuando trabajas en el ámbito clínico te exigen título profesional, eso está bueno, porque así se comienza a generar un reconocimiento de la profesión, y que debe ser ejercida por alguien con conocimientos y preparación. Apenas estamos comenzando el camino para ser reconocidos legalmente. Existe la asociación colombiana de musicoterapia, y ese tema seguro

será a tratar en la próxima reunión que se realizará ahora en agosto. Considero que cada musicoterapeuta que existe acá en Colombia, hace su aporte para que la profesión sea reconocida y respeta, y que reconozcan que debe ser alguien formado en el tema para que se puedan dar talleres o sesiones con el nombre de musicoterapia.

Intuir por Paulina Hernández Quezada

Remontándome al año 1999 conocí a mi novio (argentino) en asunción Paraguay y luego de estar un año a distancia nos planteamos la posibilidad de ir a estudiar a Argentina, específicamente en Buenos Aires. Fue él quien en un viaje llego con una carpeta y había averiguado de la carrera de musicoterapia en la UBA, yo para ese tiempo estudiaba Psicología y era violinista y al ver la malla de musicoterapia como una intuición dije “eso es lo que quiero estudiar” une la música con la psicología y puedo ayudar a las personas, fue así como averigüe por becas y saque los papeles y entre a estudiar en el año 2001, me tomo el examen de ingreso el profesor Ariel Zimbaldo.

Relacionarme con colegas por Paulina Hernández Quezada

Este punto es complejo ya que no se puede generalizar, en Chile nuestra disciplina existe formalmente hace muy pocos años, la difusión no ha sido la más adecuada pero poco a poco esto va cambiando con cada colega que se inserta en un nuevo lugar de trabajo. Los colegas jóvenes de disciplinas afines están más interesados en lo que hacemos y nos consideran para hacer trabajo en equipo a la hora de atender a algún paciente complejo. Aquí en Coaniquem somos un profesional mas dentro del equipo interdisciplinario pero no sé si en todas las instituciones suceda así.

Entre colegas de nuestra disciplina es más complejo aun, ya que hay recelo, el no contar lo que hacen ni como lo hacen y la falta de convocatoria, encuentros o publicaciones. El primer congreso chileno de musicoterapia realizado hace unos meses por ACHIM, el cual convocó a varios docentes argentinos en un avance en esos puntos, pero queda mucho camino por recorrer. Espero que entre colegas y amigos latino americanos podamos darnos una mano para que nuestra disciplina crezca cada día más y podamos todos vivir de esto que amamos hacer.

CENTRO DE DOCUMENTACION DE ASAM

El Centro de Documentación ASAM es un recurso básico de información sobre Musicoterapia siendo su objetivo principal el de servir informa-

ción sobre el desarrollo de la Musicoterapia en Argentina, considerada ésta como campo de conocimiento y como campo profesional.



Entre sus propósitos se encuentran:

- Brindar información sobre las instituciones vinculadas con la Musicoterapia en Argentina y Latinoamérica.
- Preservar las fuentes que constituyen una memoria histórica del desarrollo de la Musicoterapia en Argentina.

- Favorecer la investigación por parte de los estudiantes, docentes, profesionales del área específica y también de áreas afines, ofreciéndoles fuentes de información primarias.
- Promover la formación continua de los profesionales que, luego de completar su formación universitaria, retornan a sus lugares de origen, alejados de los centros en los que suele brindarse capacitación.



II Congreso Mundial de Musicoterapia

Buenos Aires 13 al 18 de Julio de 1976
Organizado por la Universidad del Salvador



PRIMERAS JORNADAS LATINOAMERICANAS DE MUSICOTERAPIA

Organizada por la Asociación Argentina de Musicoterapia A.S.A.M.
22 al 25 de Agosto de 1968
Buenos Aires - República Argentina



¿Qué se publica?

- Artículos de investigación, reflexión, revisiones, estudios de casos, artículos metodológicos, reseñas, conferencias y entrevistas.

- Artículos de corte empírico o teórico, con énfasis básico o aplicado. Recibiendo los aportes de diferentes modelos o enfoques metodológicos.

- También están abiertas las puertas para aquellos artículos que desde las ciencias sociales, exactas y humanas, la inter y la transdisciplinariedad aporten al campo

INFORMES Y RECEPCIÓN DE ARTÍCULOS

ecos.asam@gmail.com
www.musicoterapia.org.ar

VISITE NUESTRA WEB

www.musicoterapia.org.ar

