

ORQUESTRANDO SONORIDADES NA VINCULAÇÃO: DISPOSITIVO ICMUS PARA ADULTOS EM REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

**María Fernanda Barbaresco
Giovanni Galli
Giovanna Castagnero
Francesco Maria Saviotti**

RESUMO: Este artigo apresenta o recorte de uma pesquisa mista realizada em um processo breve de musicoterapia desenvolvido por seis meses, em oficinas semanais em grupo, no decorrer de 2016. Os participantes eram adultos com diagnóstico psiquiátrico em tratamento de reabilitação no Departamento de Saúde Mental de uma instituição pública italiana. A finalidade do projeto foi a avaliação da prática musicoterapêutica baseada em evidências tendo por referência conceitos publicados pela Equipe de Investigação, Clínica e Comunidade Musicoterapêutica - (ICMus). A metodologia utilizada consistiu em entrevistas individuais preliminares e sessões grupais de musicoterapia. O registro e processamento dos dados foi efetuado por meio de autoavaliações feitas pelos próprios usuários e de testes neuropsiquiátricos aplicados no início e no final do processo mediante matrizes e protocolos musicoterapêuticos que foram construídos por profissionais de três países diferentes. O resultado do estudo está assinalado no seu próprio título: um dispositivo musicoterapêutico, uma pesquisa e um tempo limitado no qual foram integradas sonoridades a serviço da vinculação grupal.

Palavras-Chave: Musicoterapia. Pesquisa. Campos sonoros notáveis. Psiquismo. Grupalidade.

**ORQUESTANDO SONORIDADES EN VINCULARIDAD:
DISPOSITIVO ICMUS PARA ADULTOS EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA****María Fernanda Barbaresco¹****Giovanni Galli²****Giovanna Castegnaro²****Francesco Maria Saviotti²**

RESUMEN: El artículo recorta una experiencia de investigación mixta perteneciente a un programa breve de Musicoterapia, desarrollado mediante Talleres Grupales semanales durante 5 meses del año 2016. Los participantes fueron adultos con diagnóstico psiquiátrico en rehabilitación del Departamento de Salud Mental de una institución pública italiana. El proyecto tuvo como finalidad valorar la praxis musicoterapéutica basada en la evidencia tomando como referencia principal los conceptos publicados por el Equipo de Investigación, Clínica y Comunidad Musicoterapéutica³ - (ICMus). La metodología utilizada consistió en entrevistas individuales preliminares y sesiones musicoterapéuticas grupales. El registro y procesamiento de los datos fue efectuado a través de autoevaluaciones completadas por los propios usuarios, con test neuropsiquiátricos aplicados al inicio y al final, como mediante matrices y protocolos musicoterapéuticos con contrastación de profesionales en 3 países. La resultante tuvo la marca que señala el título del estudio: un dispositivo musicoterapéutico, una indagación empírica y un tiempo acotado que supo integrar sonoridades al servicio de la vincularidad grupal.

10

Palabras claves- Musicoterapia. Investigación. Campos sonoros notables. Psiquismo. Grupalidad.

1 Licenciada en Musicoterapia, Facultad de Medicina, USAL, Bs. As. Argentina. Investigadora y co-fundadora del equipo ICMus (Investigación, Clínica y Comunidad Musicoterapéutica). Co-autora del libro Música y Psiquismo: Lo Psicosonoro. Bs.As: Ed. ICMus Argentina, 2006. Musicoterapeuta del Servicio de Salud Mental de la ASST (Asociación Sociosanitaria Territorial) del Garda y de la Residencia Sanitaria para Discapacitados de la FoBAP (Fundación Bresciana Asistencial en "Psicodisabilità"), Italia. Musicoterapeuta desde hace 20 años en: Proyectos de Capacitación y Desarrollo Integral para Empresas, Promoción y Prevención, Clínica, Rehabilitación y Cuidados Paliativos de la Salud en Argentina, México e Italia.

Tangoterapeuta y Cantante de Tango con intervenciones internacionales.

Contacto: barbaresco.mf@gmail.com icmusricerca@gmail.com www.icmus.org.ar

2 Profesionales colaboradores en Italia y responsables de la ASST del Garda, Departamento de Salud Mental, Comunidad Protegida a Alta Asistencia (CPA), sede Salò (BS): Dr. Giovanni Galli (psiquiatra), Giovanna Castegnaro (educadora profesional), Dr. Francesco M. Saviotti (director médico del Servicio de Psiquiatría). Contacto: giovanni.galli@asst-garda.it

3 Supervisora ICMus en Argentina: Dra. Patricia Pellizzari

ORCHESTRATING SONORITIES TO CREATE LINKAGE: ICMUS DISPOSITIVE FOR ADULTS IN PSYCHIATRIC REHABILITATION**María Fernanda Barbaresco⁴****Giovanni Galli⁵****Giovanna Castagnero****Francesco Maria Saviotti**

ABSTRACT: The article sums up a mixed research experience carried out during a brief program of Music Therapy. The encounters were developed in weekly group workshops that lasted for five months of 2016. The participants were adults with psychiatric diagnosis in rehabilitation at the Department of Mental Health from an Italian public institution. The project aimed to evaluate music therapy evidence-based practices by reference to concepts published by the Music Therapy Research, Clinical and Community Team (ICMus). Preliminary individual interviews and music therapy group sessions were applied as methodological tools. Registration and processing of data was carried out through self-assessment completed by the participants and neuropsychiatric test applied at the beginning and at the end of the process. Music therapy arrays and protocols were used by professionals from three different countries in order to verify data reliability. The results of the study are indicated in the title of the paper: a music therapy device, an empirical investigation and a planned time of process which integrated sonorities to create the group linkage.

Keywords - Music Therapy. Research. Remarkable sonorous space. Psyche. Group linkage.

11

4 Degree in Music therapy, Department of Medicine, at Salvador University, Buenos Aires, Argentine. Researcher and co-founder of the team ICMus (Music Therapy Research, Clinical and Community). Co-author of the book *Music and Psyche: The Psychosonorous Aspects*. Buenos Aires: Ed. ICMus, 2006.

Music therapist of the Mental Health Service at ASST (Territorial Social Healthcare Association) of Garda and the Psychosocial Residence for disabled people at FoBAP (Bresciana Healthcare Foundation in Psycho-handicapped), Italy.

Music therapist working for 20 years on: Integral training development for companies, Promotion and prevention, Clinic, Rehabilitation and Palliative care of the Health in Argentina, Mexico and Italy.

Tango therapist and Tango singer with international intervention.

Contacto: barbaresco.mf@gmail.com

5 Professional therapist and doctor from Italy, at ASST del Garda, Department of Mental Health, Community Protected High (CPA), Salò city (BS): Dr. Giovanni Galli (psychiatrist), Giovanna Castagnero (health educator), Dr. Francesco M. Saviotti (medical director of the Psychiatry Service). Contact: giovanni.galli@asst-garda.it

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo transcurre en el marco de un proceso de transculturación de su autora, de nacionalidad argentina y radicada en Italia en los últimos tres años. Por tanto la experiencia de familiarización estuvo vigente como rasgo fundamental durante la investigación y en el despliegue de los encuentros clínicos. También encuadró y determinó la práctica, el punto de entrada de la profesional a la salud pública italiana y su consiguiente nivel de expectativas generado en la institución auspiciante, dado que la Musicoterapia es aún una disciplina poco reconocida en el contexto sociosanitario de ese país.

En la labor musicoterapéutica como en la ergoterapia (STRAUSS, 1989), no es primario el producto realizado sino la relación que el usuario es convocado a crear en la actividad con el terapeuta, el grupo y el material ofrecido.

La concepción de Strauss (1989) sobre la Nueva Psiquiatría Dinámica fue asumida en el sostenimiento de la Rehabilitación, no comprendida reductivamente como una prótesis que ayuda al paciente crónico hasta que logra compensar su déficit, sino más bien como un tratamiento facilitador en la activación de los procesos de cambio interior y de recuperación integral de la salud, donde la indagación acerca de los factores que pueden propiciar o inhibir tales procesos son parte inherente de la propuesta. Es decir que se priorizó el paradigma rehabilitativo en lugar del terapéutico, pues los modelos teóricos, técnicas, metodologías de intervención integrada, y los conocimientos del rol jugado por el usuario como persona estuvieron en función de los esfuerzos relativos a sus propios intereses y a la participación activa en un espacio de optimismo programático, a diferencia de la pasividad y el pesimismo psicopatológico del circuito terapéutico estigmatizante (FERRARA; GERMANO, 2002). La cosmovisión psiquiátrica rehabilitativa en Italia con un abordaje analítico, sistémico-relacional, psicosocial-educacional, multicontextual y des-institucionalizante representó entonces un componente importante en la evolución y en las consecuencias de la afección mental consideradas en esta pesquisa.

2 ANTECEDENTES

Existen varios artículos en el panorama mundial que refieren los beneficios del abordaje musicoterapéutico en casos psiquiátricos a favor de su rehabilitación y reinserción integrativa en la sociedad. (YAN; LI; ZHANG, 1998. WIGRAM; PEDERSEN; BONDE, 2002. CECCATO; CANEVA; LAMONACA, 2005. GAMBA; POLI, 2007. ULRICH; HOUTMANS; GOLD, 2007. AGRIMI et al., 2009. SILVERMAN, 2014).

La colega italiana Mt. Laura Gamba (2016) confiere necesario elaborar proyectos de investigación para demostrar la eficiencia de la actividad en Musicoterapia con herramientas de observación, evaluación y medición validadas y estandarizadas, pertinentes a diversos ámbitos médicos o neuropsicológicos como construyendo instrumentos musicoterapéuticos ad hoc específicos para el campo donde este tratamiento viene incluido.

En el norte de Italia durante el período 2011-2012, dicha profesional coordinó un estudio multicéntrico con 64 pacientes psicóticos crónicos (grupo experimental: 40 participantes / grupo control: 24 participantes) para evaluar la validez de la atención musicoterapéutica en la práctica clínica, complementando la asistencia standard del usuario. El análisis de los resultados conseguidos confirmó una mejoría estadísticamente significativa en lo que respecta a la condición clínica integral del asistido, contemplando su sintomatología psicótica (y en particular de sus síntomas negativos), su funcionamiento general y su calidad de vida. (GAMBA, 2012)

El referente fundamental de la indagación que estructura este texto, fue la relevancia y necesidad del aporte científico para el crecimiento y la inclusión laboral internacional de nuestra profesión. Esto se conjugó con el interés y solicitud de evaluación basada en evidencia por parte del servicio de psiquiatría en el que operó este servicio, sumado a la inquietud particular de quien suscribe relativa a la exploración e integración del dispositivo metodológico musicoterapéutico ICMus en Italia, tras haber formado parte de dicho Equipo de Investigación en Argentina durante 9 años, y en conmemoración del X^o aniversario de la edición impresa del Proyecto Música y Psiquismo: Lo Psicosonoro (PELLIZZARI et al., 2006). El análisis en aquel entonces se realizó tomando dos muestras poblacionales con y sin trastornos psiquiátricos; y si bien tuvo características no longitudinales, el recorte

transversal de esta exploración científica mediante entrevistas únicas en profundidad, produjo resultados técnicos y conceptuales de alto valor de aplicabilidad para la clínica musicoterapéutica.

3 METODOLOGIA

3.1 Objetivos Generales

Para este estudio mixto (cualitativo-cuantitativo) se fijaron propósitos focalizados en dos áreas paralelamente, expuestos con sus respectivas definiciones operacionales sintetizadas.

3.1.1 Objetivos Clínicos

3.1.1.1 Promover el reconocimiento, el potenciamiento y el desarrollo de las fuerzas, los recursos resilientes y las habilidades saludables de cada miembro del grupo.

3.1.1.2 Fomentar la autonomía, la integración, la motivación a la participación y el bienestar psicosocial en las áreas sensorio-motora, perceptivo-cognitiva, expresivo-afectiva y socio-comunicativa.

3.1.2 Objetivos Investigativos

3.1.2.1 Valorar las condiciones iniciales de salud de cada participante mediante una entrevista musicoterapéutica verbal individual y sonoro-vincular, teniendo en cuenta algunos aspectos del dispositivo metodológico ICMus (PELLIZZARI et al., 2006), tales como:

- a) La Modalidad de Enlace (ME) ⁶- forma de contacto con los objetos y posición psíquica correspondiente a una constelación de variables en la expresión sonora, que incluye: modo de acción, postura, mirada, tiempo e investidura observables en grados de discriminación, de intencionalidad y de actividad formativa con los instrumentos musicales-.

⁶ Concepto actualizado en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BASSUTTO, A. Cap. IV Modalidades de Enlace: Del contacto inicial a la construcción de los objetos sonoros. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicasonoro. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As. , 2006.

- b) El Perfil Psicosenso Individual (PPSI)⁷ conjunto de rasgos sonoro-fenomenológicos agrupados en base al grado de organización dinámica de los cambios y permanencias del sonido, conformada por la relación de los elementos que componen una estructura, de funciones que vinculan y de un tipo de enlace con los objetos en la expresión sonora- .
- c) El Perfil Psicosenso Vincular (PPSV)⁸ modo di conexión sonora intersubjetiva, que constituye un constructo epistémico y una categorización empírica de la gama de comportamientos sonoro-espontáneos que aluden a la posibilidad de diferenciación subjetiva y a las capacidades relacionales audibles en la interacción de una persona con otra.

3.1.2.2 Verificar los alcances del abordaje grupal e individual de Musicoterapia en un lapso de 5 meses en total, con el registro de matrices de datos que consideraron las siguientes categorías psicológicas⁹:

- a) Sensibilidad a la música y lo sonoro (SMS) -receptividad musical-
- b) Equilibrio afectivo (EA) -registro, expresión y autorregulación emocional-
- c) Empowerment (E) -autoestima-
- d) Funcionamiento social (FS) -modalidad relacional-
- e) Autonomía (A) -independencia personal-
- f) Organización cognitiva (OC) -organización del pensamiento en su curso, forma y contenido, simbolización y juicio-
- g) Resiliencia (R) -plasticidad psicológica-
- h) Calidad de vida (CV) -bienestar integral-

7 Definición actualizada en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BERNARDINI, R. Cap. V. Perfiles Sonoros Individuales: La organización dinámica de la expresión sonora. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicosenso. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As., 2006.

8 Concepto actualizado en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BARBARESCO, M. Cap. VI. Perfiles Sonoros Vinculares: La virtualidad audible de las modalidades de conexión. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicosenso. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As., 2006.

9 Categorías con definiciones operacionales ideadas exclusivamente para este proyecto y comunicadas por BARBARESCO, M. Orquestando Sonoridades en Vincularidad: Proyecto ICMusicoterapia en Rehabilitación Psiquiátrica. Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016.

Se sumaron a este sondeo multidimensional una Evaluación Musicoterapéutica Participativa Individual (EMPI) en el momento de cierre, con el aporte adicional interdisciplinario del estado clínico basal y final de cada paciente mediante el Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (KAUFER; CUMMINGS, 2000), y dos test auto-suministrados al comenzar y al concluir el programa musicoterapéutico: Resilience Scale (RS) (WAGNILD; YOUNG, 1993) y General Health Questionnaire (GHQ-12) (CLAES; FRACCAROLI, 2002). Para acrecentar la confiabilidad del estudio, los instrumentos de recolección de datos constaron de tres vías de acceso simultáneo: la apreciación personal de cada usuario, la evaluación profesional externa del psiquiatra y la valoración específica de la musicoterapeuta.

3.2 Población: Aspectos clínicos y sociodemográficos globales

La muestra poblacional fue constituida por 15 personas de 22 a 58 años de edad con patologías psiquiátricas, tales como: Esquizofrenia Paranoide (5), Trastorno Bipolar (4), Psicosis Esquizoafectiva (2), Disturbio Borderline (2), Histeria de Conversión (1), Psicosis infanto-juvenil, TDA, Desorden del comportamiento con alcoholismo (1), drogadependencia (4) y con restricciones judiciales en algunos casos.

Para el reclutamiento fueron considerados los siguientes criterios de:

- a) Inclusión = adultos con trastornos psiquiátricos residentes o semiresidentes en la Comunidad Protegida a Alta Asistencia (CPA) y el Centro Psicosocial (CPS) de Salò, pertenecientes al Departamento de Salud Mental, seleccionados por el personal médico-sociosanitario que los asistía en el sector rehabilitación de la estructura hospitalaria del Garda, provincia de Brescia, Italia durante el 2016.
- b) Exclusión = pacientes en fase aguda o crítica, ausencia en el 60% de los talleres musicoterapéuticos de dicho año.

En promedio los participantes poseían alrededor de 17 años de enfermedad. La mayoría recibía antipsicóticos y ansiolíticos; menos de la mitad requería en su momento fármacos estabilizadores del humor. Casi todos habían accedido a parte de la escolaridad secundaria y residían juntos en la CPA del establecimiento ya nominado. La mayor parte había tenido experiencias previas (20 o 30 horas) en talleres grupales expresivos, y menos de la mitad ya habían participado en grupos de Musicoterapia.

3.3 Núcleo de la Experiencia Investigativa Musicoterapéutica

En este abordaje se llevaron a cabo entrevistas personales preliminares a cada usuario, según la estructura implementada y publicada por ICMus en el libro antes citado. Las mismas fueron adaptadas al idioma italiano y a las categorías de análisis específicas que incentivaron esta indagación. Así constaron de una parte práctica sonora de improvisación individual y vincular con la musicoterapeuta entrevistadora (denominada Toma Sonora), más una parte verbal semidirigida con preguntas sobre lo experimentado y una sola interrogación escrita al respecto (llamados Entrevista Verbal y Cuestionario Escrito respectivamente).

Se concretaron encuentros grupales con una frecuencia y duración de una vez por semana durante 75 minutos cada uno. La asistencia promedio de todo el proceso fue alrededor de 13 participantes por cada sesión, lo que correspondió al 82 % de la presencia media total. En el transcurso del taller 2 pacientes fueron dadas de alta de la comunidad terapéutica en la que habitaban y se ausentaron desde entonces, por lo que fueron consideradas como casos *drop off* al final.

Pudieron evaluarse los perfiles sonoros individuales y vinculares de cada integrante en todos los casos. Se efectuó una contrastación de los mismos con dos colegas musicoterapeutas (de Argentina y Brasil) para detectar correspondencias y/o diferencias en la escucha de los materiales sonoros, otorgando rigurosidad y validez científica al análisis.

En el trabajo grupal se utilizaron las siguientes técnicas musicoterapéuticas:

- a) Expresivas (ISI – V o Improvisación sonora vocal e instrumental individual y vincular, referencial y no referencial (WIGRAM, 2004. PELLIZZARI et al., 2006); Body drum; Sonorización de escenas estáticas o de recorrido; Sonodramatización; Psicodrama musical; Dinámicas extramusicales con movimiento corporal, representación gráfica o plástica, labor literaria y/o verbalización).
- b) Receptivas (EISS o Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido (SCHAPIRA et. col., 2007); Inducción musical a la Relajación; Visualización creativa guiada con música y consignas verbales (GROCKE; WIGRAM , 2007); Reconocimiento espacial-sonoro-auditivo; Escucha de Aprehensión Inmediata, Sinóptica o de Asociación).

c) Mixtas (TC o Reproducción, recreación, y composición de canciones (SCHAPIRA et. col., 2007); Songwriting (BAKER, 2011); Relajación sonora grupal activa (PAVLICEVIC, 2006); Audición asociada con acción complementaria; Juegos musicales libres y reglados con/sin objetos).

La elección de las estrategias y actividades fue considerada en función de los emergentes surgidos en cada taller y con el planeamiento adecuado para los temas y requerimientos del proceso de acuerdo a las capacidades emocionales, cognitivas y vinculares de los integrantes.

Cada sesión fue registrada en formato audio o audiovisual para su posterior examen.

4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Fase Inicial Individual

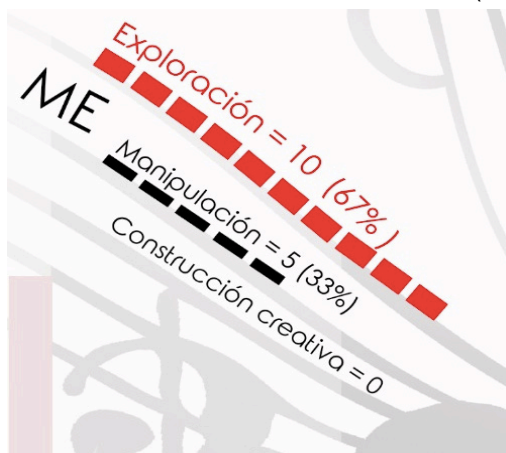
4.1.1 Toma Sonora (TS)

Concebida como expresión sonora espontánea mediante la voz y 10 instrumentos musicales (membranófonos, aerófonos, idiófonos, cotidiáfonos y de percusión), con variadas propiedades resonantes (rítmicas, melódicas y armónicas), y que fueron consignados libremente a cada entrevistado/a para que toque solo/a y en interrelación con la musicoterapeuta. Esta improvisación fue abordada y analizada bajo 3 aspectos sonoro-subjetivantes, ya definidos por ICMus (2006), guiando el procesamiento de los datos.

A continuación se ilustran los porcentajes obtenidos según la cantidad de participantes que se ubicaron en cada rango con las tendencias preponderantes constatadas en:

a) la Modalidad de Enlace (ME) Exploratoria representada por dos tercios de la muestra, con variaciones en + y – por cada gradiente de enlace, dependiendo del nivel de rigidez, descarga, investidura y funcionalidad. Solo una tercera parte de los entrevistados se relacionó objetivamente desde la Manipulación.

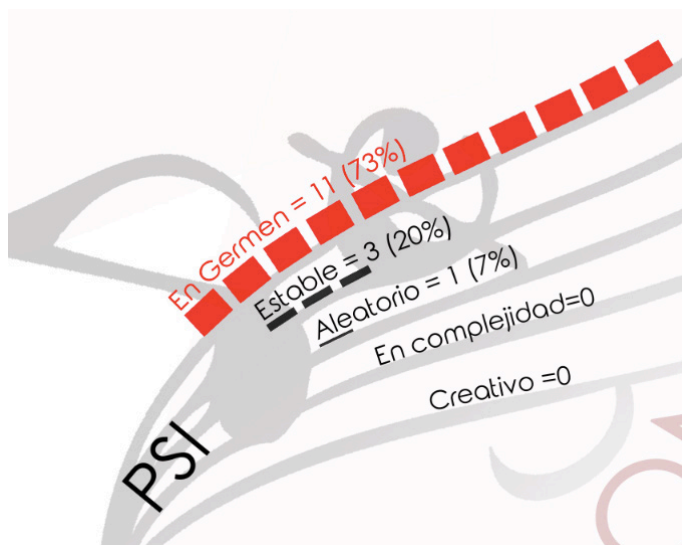
GRÁFICO 1. MODALIDAD DE ENLACE (ME)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente de la ME, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

b) *el Perfil Sonoro Individual (PSI) En Germen* con oscilaciones en más + o – según la presencia de la función repetición y el tiempo que duró la propia expresión sonora. No se detectaron personas con PSI En complejidad ni Creativo.

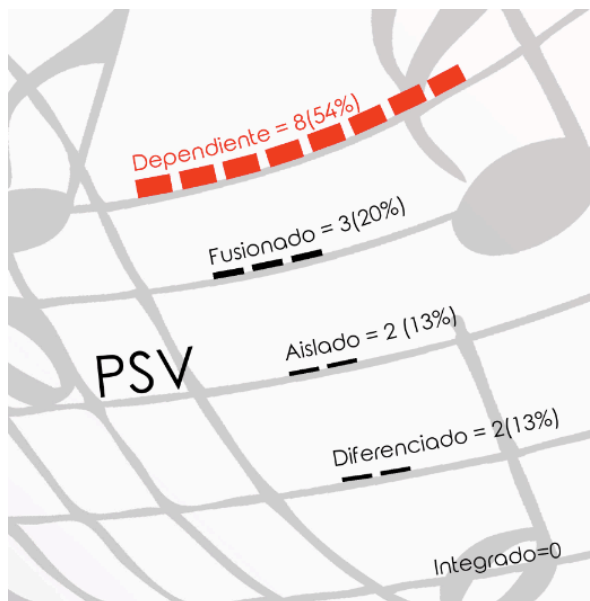
GRÁFICO 2. PERFIL SONORO INDIVIDUAL (PSI)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente del PSI, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

c) *el Perfil Sonoro Vincular (PSV)* desplegó un abanico de variedades con una predominancia de los usuarios *Dependientes*, y con menor frecuencia aparecieron otros modos relacionales como en los casos *Fusionados*, *Diferenciados* y *Aislado*. No se registraron participantes en el PSV Integrado.

GRÁFICO 3. PERFIL SONORO VINCULAR (PSV)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente del PSV, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

La duración de la producción sonora individual abarcó una media de 5 minutos aproximadamente con respecto a la media de 8 minutos correspondiente a la producción sonora vincular, denotando que lograron expresarse sonoramente más tiempo cuando interactuaban con otra persona. Pareciera que la brevedad irrumpiese cuando tocan solos, revelando tal vez las propias limitaciones de su cuadro psicopatológico.

El contar con antecedentes previos en experiencias musicoterapéuticas no configuró un factor que incidiría sobre el grado de desarrollo en la ME, ya sea con los instrumentos o la música, ni en el nivel de organización de la improvisación sonora individual.

4.1.2 Entrevista Verbal (EV):

Consistió en un modelo semiabierto de preguntas referentes a las categorías psicológicas evaluadas por la musicoterapeuta con sus correspondientes indicadores. A saber: Sensibilidad a la música y lo sonoro (SMS), Equilibrio afectivo (EA), Empowerment (E), Funcionamiento social (FS), Autonomía (A), Resiliencia (R), Organización cognitiva (OC). Solo esta última fue deducida según la manera en que respondieron durante toda la entrevista, hablando y escribiendo.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 1. ENTREVISTA VERBAL (EV)

INTERVISTA VERBALE SEMIAPERTA ICMus

DATI PERSONALI IN SCHEDA INIZIALE DELL'UTENTE
DOMANDA PER CATEGORIA:

- **SENSIBILITÀ ALLA MUSICA ED IL SUONO**
Qual'è la prima parola che ti viene in mente dopo aver suonato questi strumenti?
Quale strumento ti è piaciuto di più?
Perché?
- **EQUILIBRIO AFFETTIVO**
Hai potuto percepire qualche emozione nell'attività?
Sei riuscito/a ad esprimere qualche emozione suonando?
Come ti senti in questo momento?
- **AUTOSTIMA "EMPOWERMENT"**
Che ne pensi di te stesso/a? (in 3 parole)
Ti piaci, così come sei? O ti critichi spesso?
Sei soddisfatto/a con quello che fai in generale?
- **FUNZIONAMENTO SOCIALE**
Hai amici?
Ti piace fare le attività in gruppo?
Preferisci essere da solo/a?
- **AUTONOMIA**
Quali sono le tue attività giornaliere?
Hai regolarmente bisogno d'aiuto?
Che cose fai da solo/a?
-Grado autonomia in igiene (bagno, vestirsi, cura di se), alimentazione, abitazione, mobilitazione, lavoro e occupazione, gestire denaro, prendere i medicinali, tempo libero-
- **RESILIENZA**
Abitualmente cosa fai davanti ad una difficoltà?
Ti senti forte e capace per risolvere problemi?
Hai qualcuno che ti aiuta di solito in questi casi?

CUADRO 1. VALORES REFERENCIALES DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS




REFERENCIAS EN ORDEN PROGRESIVO ASCENDENTE		
	Rojo	1= Nada (No, grave, ausente)
	Amarillo	2= Poco (Alterado, moderado, parcial)
	Verde	3= Mucho (Si, conservado, presente)

TABLA 1. VARIABLES PSICOLÓGICAS INICIALES

Variables Psicológicas	Valores Referenciales por cantidad de participantes		
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)
OC	0 (0%)	11 (73%)	4 (27 %)
EA	1 (7%)	14 (93%)	0 (0%)
E	5 (33%)	10 (67 %)	0 (0%)
FS	4 (26%)	10 (67%)	1 (7%)
A	1 (7%)	6 (40%)	8 (53%)
R	1 (7%)	13 (86%)	1 (7%)
SMS	0 (0%)	6 (40%)	9 (60%)
CAM	4 (27%)	9 (60%)	2 (13%)

NOTA: OC= Organización cognitiva, EA= Equilibrio afectivo, E= Empowerment, FS= Funcionamiento social, A= Autonomía, R= Resiliencia, SMS= Sensibilidad a la música y lo sonoro, CAM= Capacidad Asociativa con la Música.

Las categorías psicológicas fueron recogidas por la musicoterapeuta en la Entrevista Verbal a partir de lo que comunicaba cada usuario entrevistado. El grupo estudiado se observó mayormente afectado en las categorías EA, E, FS, R determinando las estrategias del tratamiento; pero manifestó alta sensibilidad y receptividad a la música, lo que facilitó el acceso a la tarea musicoterapéutica.

Los entrevistados con valor 2 - en la OC, es decir con más desorden en la organización del pensamiento, en la simbolización y en el juicio, coincidieron con los que poseían ME Manipulatoria.

Se distinguió una correlación entre aquellos con FS limitado o escaso (valor 1 o 2-) y los que exhibieron PSV Fusionado y Aislado con restringidas posibilidades sonoro-vinculares también.

Los que presentaron más dificultades en la Autonomía (A en valores 2 o 1) solieron mostrar una ME desde la Manipulación y/o un PSI Aleatorio o En germen.

4.1.3 Cuestionario Escrito (CE):

Para estimar la Capacidad Asociativa con la Música (CAM) se propuso leer y responder el siguiente formato de cuestionamiento sobre lo experimentado sonoramente, otorgándole los mismos valores anteriores.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 2. CUESTIONARIO ESCRITO (CE)

QUESTIONARIO SCRITTO ICMus

Data:

Nome e cognome:

Riconosci in quello che hai suonato aspetti caratteristici della tua personalità?

SI NO

Quali?

FUENTE: Adaptado y traducido de PELLIZZARI et al (2006)

Todos respondieron Sí a la pregunta, y establecieron a través de la escritura una relación implícita entre lo improvisado sonoramente y las características de su persona, sin precisión ni detalles específicos (Ver último item referido a la CAM en Tabla 1). En general lograron articular estas nociones con más desarrollo desde el habla que escribiendo.

4.1.4 Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q) :

Se eligió una compilación validada de 12 síntomas neurológicos y psiquiátricos que se notificaron en las últimas 4 semanas, y fue completado por la educadora sanitaria que tenía contacto diario con los pacientes.

TABLA 2. FIRST NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI-Q)

Cantidad de trastornos neuropsiquiátricos	Puntajes
	por cantidad de participantes N (%)
0	1 (7%)
1	3 (20%)
2	7 (47%)
3	1 (7%)
4	1 (7%)
5	2 (12%)

NOTA: NPI Inicial: media poblacional de 2 áreas sintomáticas (Normal= 0 / Patológico = > 1)
Puntaje predominante por cantidad de disturbios asociados 2 = 7 (47%) participantes

Arrojó un estado nosográfico poblacional parcialmente compensado con algunos disfunciones neuropsiquiátricas remanentes (ansia, apatía, abulia, depresión, irritabilidad, desinhibición, desórdenes de alimentación, alucinaciones como los más comunes) y en vías de recuperación.

4.1.5 Test Autosuministrados Iniciales (TAI):

Se emplearon 2 test convalidados en Italia para evaluar la Capacidad Resiliente (RS) y la Calidad de Vida (CV) según el estado vivenciado de salud y bienestar generalizado, conformados por afirmaciones y preguntas escritas con diferentes opciones de respuestas preestablecidas que fueron compiladas por los mismos usuarios, y que correspondían a distintos niveles de puntajes.

4.1.5.1 Escala de Resiliencia (RS)

TABLA 3. FIRST RESILIENCE SCALE (RS)

Niveles cualitativos de Resiliencia	Puntajes por cantidad de participantes
	N (%)
No resilientes	0 (0%)
Medianamente resilientes	7 (47%)
Resilientes	8 (53%)

Existieron conexiones análogas para esta categoría entre dicho test administrado por el psiquiatra y lo evaluado en la EV musicoterapéutica. No obstante, es importante señalar la diferencia entre estos instrumentos de medición porque indicaron lo percibido directamente por cada participante, y los datos sobre la Resiliencia pertenecientes a la entrevista, ya que fueron proporcionados por la musicoterapeuta a partir de lo que comentaba cada integrante.

4.1.5.2 Cuestionario sobre el Bienestar General (GHQ-12)

TABLA 4. FIRST GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12)

Niveles cualitativos de Bienestar General	Puntajes por cantidad de participantes
	N (%)
Bajo (-)	2 (13%)
Regular (-+)	7 (47%)
Optimo (+)	6 (40%)

Este sondeo fue impartido por el psiquiatra y algunos sujetos requirieron ayuda para realizarlo. La mayoría marcó un bienestar regular y parcial (7 personas) o identificó una primacía del malestar (2 pacientes). Menos de la mitad admitió bienestar integral (6), influyendo en la Calidad de Vida (CV) concebida.

4.2 Fase del Proceso Grupal en Matrices de datos

El devenir del tratamiento musicoterapéutico fue plasmado en una grilla matriz donde se insertaron los datos organizadores de los territorios o escenas notables y sobresalientes a la escucha, como se puede distinguir en la próxima planilla.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 3. MATRIZ GRUPAL DE DATOS

MATRICE DI SEGUIMENTO	ISTITUZIONE:	DATA:	GRUPPO:
PRESENZA PER DATA			
RIFLESSIONI RILEVANTI DEL GIORNO			
OBIETTIVI / STRATEGIE INIZIALI PER LA DATA			
ATTIVITÀ BASICHE SVILUPPATE NELLA DATA			
TECNICHE USATE	Improvvisazione con regole /libera: Canto con/senza accompagnamento: Ricettive con/senza attività complementaria: Sonodrammatizzazione: TVS:	Gioco di regole con/senza oggetti: Espressione corporea/ballo: Attività plastica o pittura: Attività letteraria: Riflessione verbale:	Altre:
OSTACOLI O MOMENTI CRITICI			
TEME SIGNIFICATIVE DI GRUPPO SECONDO CATEGORIE DI STUDIO			
TEME SIGNIFICATIVE INDIVIDUALE SECONDO CATEGORIE DI STUDIO			
AREE SONORE PREDOMINANTI A LIVELLO INDIVIDUALE DI GRUPPO Modalità di legame, funzioni sonore, profili e/o estetiche di gruppo emergenti	Individuali: Gruppo:		

ALTRE OSSEVAZIONI:

STRATEGIE E RISORSE PER IL PROSSIMO INCONTRO:

FUENTE: Adaptado y traducido del Equipo ICMus Comunitario Argentina.
PELLIZZARI et.col. (2012)

4.2.1 Temas Significativos Grupales

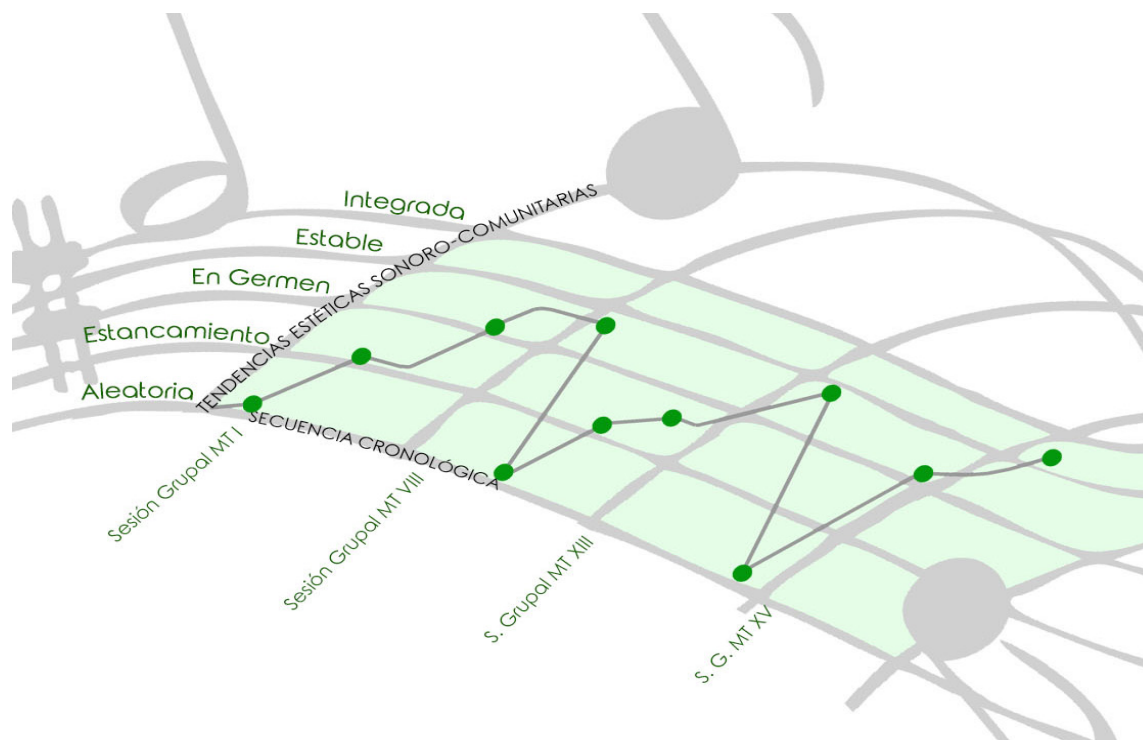
Se apreció un movimiento desde categorías vulnerables como el EA-, FS-, R- y OC- detectadas en las primeras sesiones, hacia un fortalecimiento salugénico de las mismas incluyendo la SMS+, la A+, y la CV+ en los últimos encuentros. Éstas fueron vivenciadas y registradas con temáticas relativas a:

- a) la disparidad y labilidad emotiva, la dificultad en el reconocimiento y expresión corporal de emociones, problemas en la sincronización grupal, excesiva dependencia o inhibición en el accionar, tristeza, conflictos personales e impotencia y leves disgregaciones discursivas en los talleres musicoterapéuticos del comienzo.
- b) el aumento de la comunicación verbal ligada a lo sonoro con espontaneidad en la participación, unión y cohesión de grupo, autopercepción y expresión emocional personal e interpersonal, motivación y colaboración propositiva reflexiva, alegría, libertad, gratificación grupal y disposición a compartir en público durante las sesiones conclusivas.

4.2.2 Estéticas Sonoro-Grupales Significativas

Se detectó un recorrido evolutivo en ascenso oscilante hacia una mayor organización e integración de grupo, ingresando desde la *Aleatoriedad* (indiscriminación, superposición y confusión con poca escucha del otro, impulsividad y catarsis en el ruido), atravesando por el *Estancamiento* (repetición, rigidez, descoordinación instrumental, monotonía y fijación), para arribar a una estructura *Embrionaria* (con jerarquías no consolidadas, mayor diferenciación y selección de climas emocionales, con imitación simultánea y sucesiva), y converger finalmente en una tendencia estética *Estable* con formas sonoras ordenadas esencialmente por la canción y la voz como consecuencia de la reflexión y de acciones decididas en consenso grupal.

GRÁFICO 4. PROCESO EVOLUTIVO DE LAS TENDENCIAS ESTÉTICAS PSICOSONORAS GRUPALES



Es llamativo que los 2 retrocesos sonoro-grupales relevados en la línea del tiempo sucedieran después de 2 pausas en los encuentros musicoterapéuticos (de 15 días cada una), y en donde se vislumbró la necesidad de retroceder reiniciando el camino construido en grupo para afianzar la dirección hacia el desarrollo y el progreso (Ver Gráfico 4).

4.3 Fase Final Individual

4.3.1 Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q):

TABLA 5. LAST NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI-Q)

Cantidad de trastornos neuropsiquiátricos	Puntajes
	por cantidad de participantes N (%)
0	3 (20%)
1	6 (40%)
2	4 (26%)
3	1 (7%)/
4	0 (0%)
5	1 (7%)

NOTA: NPI FINAL: media poblacional de 1 disfunción (Normal= 0 / Patológico = > 1)
Puntaje predominante por cantidad de disturbios asociados 1= 6 (40%) participante

Como lo muestra la Tabla 5. se evidenció una disminución global de la sintomatología psiquiátrica, donde 2 usuarias fueron dadas de alta de la CPA por su recuperación y un paciente fue transferido a otro servicio por descompensación. Comparando cuantitativamente las resultantes del principio en dicho test (compilado también por la educadora), los síntomas psicopatológicos puntuaron la siguiente distribución para:

10 participantes descendió / 3 participantes permaneció igual / 2 participantes ascendió

Al concluir se corroboró una notoria reducción de los trastornos en el 67% de los que asistieron regularmente al taller de Musicoterapia.

4.3.2 Test Autosuministrados Finales (TAF):

Fueron implementadas las mismas pruebas que en la apertura, siendo ambas examinadas posteriormente por un profesional en psiquiatría.

4.3.2.1 Escala de Resiliencia (RS)

TABLA 6. LAST RESILIENCE SCALE (RS)

Niveles cualitativos de Resiliencia	Puntajes por cantidad de participantes	
	N (%)	
No resilientes	0	(0%)
Medianamente resilientes	1	(8%)
Resilientes	11	(92%)

Aunque al inicio este examen ofreció resultados similares en la cantidad de pacientes resilientes y los parcialmente resilientes con un leve predominio de los segundos, al finalizar el proceso de Musicoterapia fueron destacablemente muchos más los sujetos con Resiliencia abundante.

4.3.2.2 Cuestionario sobre el Bienestar General (GHQ-12)

TABLA 7. LAST GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12)

Niveles cualitativos de Bienestar General	Puntajes por cantidad de participantes	
	N (%)	
Bajo (-)	0	(0%)
Regular (-+)	4	(33%)
Optimo (+)	8	(67%)

Mientras al comenzar prevalecieron los usuarios con un bienestar regular y 2 personas probaron malestar, al cerrar las sesiones de Musicoterapia dominaron los usuarios con sensación saludable y gratificación generalizada, coincidiendo con los porcentajes relevados en la EMPI sobre la Calidad de Vida (CV) autopercibida.

4.3.3 Evaluación Musicoterapéutica Participativa Individual (EMPI):

Se confeccionó básicamente un cuestionario escrito sobre la vivencia en estos laboratorios grupales de Musicoterapia llevados a cabo durante el 2016, teniendo en cuenta las mismas categorías e indicadores referenciales señalados anteriormente.

FORMULARIO MT 4. EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARTICIPATIVA INDIVIDUAL (EMPI) FINAL

Dott.ssa Barbara Esco

MUSICOTERAPIA 2016 QUESTIONARIO SCRITTO FINALE

Data:

Nome e cognome:

Considerando il percorso di Musicoterapia che abbiamo fatto insieme in questi mesi, spunta con una croce il colore che corrisponde meglio alla tua sensazione e condizione nel presente.

1. Puoi capire meglio te stesso/a e relazionarti con altri attraverso la musica e gli strumenti?

MOLTO POCO NIENTE

2. Riesci a coordinare i ritmi, concentrarti ed organizzare le tue idee con maggiore frequenza?

MOLTO POCO NIENTE

3. Hai potuto migliorare la tua capacità di riconoscere ed esprimere le tue emozioni?

MOLTO POCO NIENTE

4. Puoi gestire e regolare i tuoi cambi emozionali?

MOLTO POCO NIENTE

5. Ti senti più sicuro/a e contento/a con te stesso/a rispetto a quando hai iniziato questo laboratorio?

MOLTO POCO NIENTE

6. Hai migliorato le tue abilità di relazionarti spontaneamente con gli altri ed integrarti in un gruppo?

MOLTO POCO NIENTE

7. Sei più indipendente e richiedi meno aiuto nello svolgimento delle attività giornaliere?

MOLTO POCO NIENTE

8. Ti senti più forte e capace per risolvere i problemi?

MOLTO POCO NIENTE

9. Hai potenziato il grado di soddisfazione e benessere generale nella tua vita?

MOLTO POCO NIENTE

10. Credi che questa esperienza di Musicoterapia ti è servita?

MOLTO POCO NIENTE

10.1. In che ti è servita?

GRAZIE!

TABLA 2. VARIABLES PSICOLÓGICAS FINALES

Variables Psicológicas	Valores Referenciales por cantidad de participantes		
	1	2	3
	N (%)	N (%)	N (%)
OC	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
EA-p.e	0 (0%)	1 (10%)	10 (90%)
EA-a.	0 (0%)	7 (67%)	4 (33%)
E	0 (0%)	1 (10%)	10 (90%)
FS	0 (0%)	2 (25%)	9 (75%)
A	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
R	0 (0%)	5 (42%)	6 (58%)
CV	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
SMS	0 (0%)	2 (25%)	9 (75%)
CAM	2 (12%)	2 (12%)	7 (58%)

NOTA: OC= Organización cognitiva, EA-p.e= Equilibrio afectivo (percepción; expresión), EA-a.= Equilibrio afectivo (autorregulación), E= Empowerment, FS= Funcionamiento social, A= Autonomía, R= Resiliencia, CV= Calidad de Vida, SMS= Sensibilidad a la música y lo sonoro, CAM= Capacidad Asociativa con la Música.

Dichas categorías fueron valoradas desde el aporte escrito de cada participante al completar el cuestionario auto-evaluativo final. La tendencia sobresaliente del grupo en esta autovaloración se instaló en el valor 3, representando alta incidencia y cambio favorable en todas las variables estudiadas. Por el contrario en la entrevista verbal inicial la tendencia preponderante fue el valor 2, que equivalió a la escasa o irregular consolidación de dichas capacidades. Sin embargo, no serían dos instrumentos de medición exactamente homologables pues la EMPI en la fase conclusiva estuvo condicionada por la autopercepción de cada sujeto mientras la EV del principio fue procesada desde la lectura y registro de la musicoterapeuta en función de lo que decía cada entrevistado.

Las categorías dedicadas a la autorregulación en el Equilibrio Emocional y a la Resiliencia, parecieran ser las más problemáticas o menos influenciadas por el trabajo musicoterapéutico, presentando un valor 2 en muchos casos. Sin embargo, el valor 1 para ambos aspectos fue descartado por todos los participantes, esbozando cierta repercusión beneficiosa y buena disposición a los logros terapéuticos.

La aprobación y la eficacia a nivel personal referida al taller de Musicoterapia realizado en estos meses, fue total en el valor 3; lo que declaró motivación y satisfacción en los integrantes del grupo referida a esta propuesta.

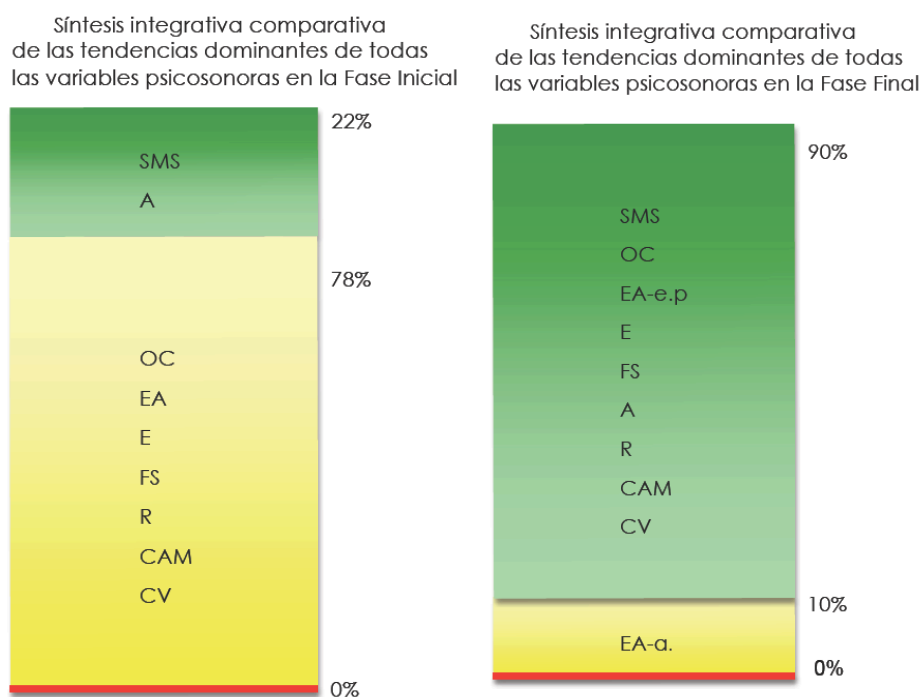
La CAM fue deducida desde respuestas abiertas en donde los pacientes explicitaron con sus propias palabras en qué les ayudó esta experiencia musicoterapéutica. Además resultó posible agrupar las mismas en tres temáticas que aludieron al:

1. área emocional (ej: "aprender a controlar mejor mi hipersensibilidad"),
2. área vincular (ej: "sentirme más de acuerdo con los otros")
3. estado general (ej: "estar bien").

Es interesante subrayar que en este cuestionario escribieron con más facilidad, abundancia y frecuencia en comparación con el cuestionario inicial, lo que insinuaría un sutil avance en la habilidad comunicativa verbal escrita.

Resumiendo, como el próximo gráfico lo enseña (a la derecha), fue factible comprobar la inversión de la predominancia a favor de la zona verde representante de aspectos más saludables en las variables psicológicas ligadas a lo sonoro durante la última etapa, con respecto al mismo diagrama esquematizado (a la izquierda) y referido al primer período.

GRAFICO 5. INTEGRACIÓN COMPARATIVA LONGITUDINAL DE LAS VARIABLES PSICOSONORAS PREPONDERANTES AL INICIO Y AL FINAL



NOTA: Ver valores referenciales del Cuadro1.
Rojo=1 (Nada) / Amarillo=2 (Poco) / Verde =3 (Mucho)

5 CONCLUSIONES FINALES

Los test aplicados permitieron confirmar una notoria mejoría de los cuadros clínicos exponiendo una menor cantidad de síntomas en la mayoría de los integrantes del grupo, y un incremento de la resiliencia y del bienestar después del trabajo musicoterapéutico.

En sintonía con el título del último collage decidido entre los usuarios, “Nuestra Aventura” en Musicoterapia (Fotografía 1) posibilitó un recorrido de afianzamiento desde tramas que comprendieron 3 esferas dinámicas interconectadas y descritas a continuación con una sinopsis de la trayectoria.

5.1 Dimensión Sonora

La partida fue desde una expresión sonora individual-vincular fundamentalmente *En Germen, Exploratoria y Dependiente*; y con una estética grupal fundada en el *Ruido, el Aislamiento y la Aleatoriedad*.



La llegada, ratificada en este estudio, ocurrió con algunos cambios personales efectivos en el modo de conectarse consigo mismos y los demás; con una tendencia estética grupal centrada en la construcción de *Sonoridades juntos, en Resonancia, Dependencia y Estabilidad*, características articuladas intrínsecamente con ciertas *capacidades psíquicas más evolucionadas y armónicas*.

5.2 Dimensión Psicosocial

La salida a nivel individual se identificó con *fragilidad y/o alteración* predominantemente en el *Equilibrio Emocional, el Empowerment, el Funcionamiento Social, la Autonomía y la Resiliencia*. En el plano grupal se partió con más *dificultades en la Organización Cognitiva, Equilibrio Afectivo, Socialización y falta de Plasticidad Psicológica*.

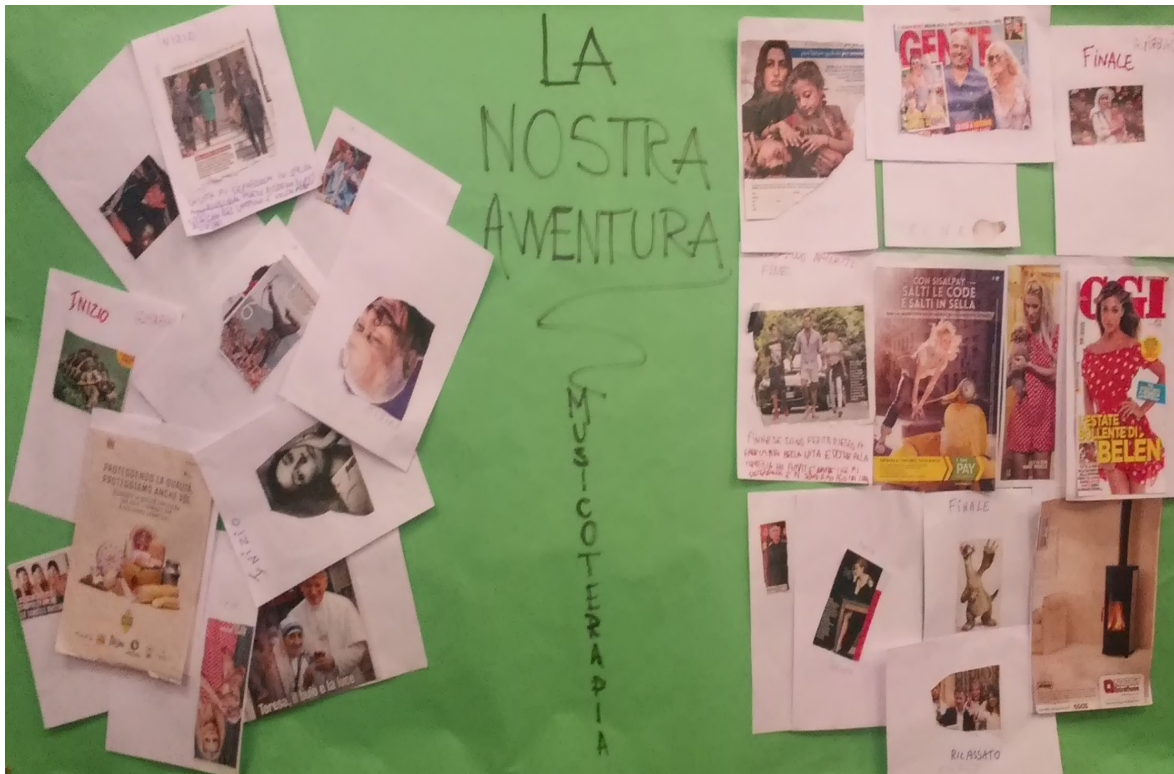


El arribo verificado en esta indagación se situó con un *potenciamiento de estas categorías a nivel personal y grupal a favor de la movilización de las energías y recursos salugénicos* del paciente (que la patología usualmente tiende a reducir), con eventual predisposición individual al intercambio de esta experiencia musicoterapéutica en público.

5.3 Dimensión Psicosonora

Se reveló con un *Inicio, un Proceso y un Final* en evidente interrelación multifactorial con las dos dimensiones anteriores, y al servicio de la elaboración conjunta de una red de fortalecimiento instaurada en la *búsqueda de una organización e integración sonora-creativa-intersubjetiva más saludable*.

FOTOGRAFIA 1. NUESTRA AVENTURA EN MUSICOTERAPIA



LEYENDA: "La Nostra Avventura". Técnica receptiva con actividad complementaria: Collage confeccionado en la última sesión según la escucha de las propias improvisaciones sonoras grupales al inicio y al final, ilustrando el proceso desde la forma, distribución e intersubjetividad de las unidades individuales.

Gracias a la evaluación en esta *investigación y al abordaje musicoterapéutico*, se ha podido cuestionar y valorar algunos alcances de nuestra intervención sobre la *optimización del funcionamiento en la vida para nuestros usuarios y su viabilidad en la inclusión comunitaria*.

No obstante, cabe recapitular las problemáticas inherentes a la traducción, analogía y/o correlatos en dicha pesquisa y en el análisis específico de los datos, referidos a las dificultades transculturales de nuestra disciplina incluida en una labor con finalidad científica. Asumiendo la importancia de seguir huellas, dejarse llevar por los impactos perceptivos, emocionales y sonoros como marcas que orientan caminos posibles de decodificación, sentidos y hallazgos significativos en la tarea y en los procesos musicoterapéuticos, sin caer en lecturas absolutistas y acabadas.

Este trabajo linda con el paradigma de la complejidad, sumándose temáticas relativas a la estética sonora y la vincularidad (PELLIZZARI, 2011), en tanto formas viables funcionales desde una actitud comprometida con el paciente, reflexionando para él y con él. Como también con la Musicoterapia, instituyendo un dispositivo capaz de generar constructos y estrategias de tratamiento que puedan ser transmitidos a la comunidad profesional con el fin de abrir diálogos, enfoques y perspectivas interdisciplinarias, orquestando sonoridades en respeto de la diversidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Civil ICMus Argentina y sus integrantes por ser fuente de inspiración y sostén continuo. Un reconocimiento especial a la colega Lic. Fernanda Valentín (Brasil) por su colaboración desinteresada en la contrastación, y principalmente a la Dra. Patricia Pellizzari por su incomensurable apoyo, ayuda, guía y supervisión constante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRIMI, E. et al. Musicoterapia nella riabilitazione cognitiva del paziente schizofrenico: Studio multicentrico randomizzato controllato in singolo cieco di applicazione del protocollo STAM (Sound Training Attention and Memory). **Giornale italiano di psicopatologia**, v. 15, n.4, p.10-20, 2009.

BAKER, F; ULHIG, S. **Voice work in Music therapy**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2011.

BELLANTUONO, C; FIORIO, R; ZANOTELLI, R; TANSELLA, M. Psychiatric screening in general practice in Italy: A validity study of the GHQ. **Social Psychiatry**, v. 22, p. 113-117, 1987.

BERNARDINI, R; BASUTTO, A; KINISBERG, F; BARBARESCO, M.F. Curso Dispositivo ICMus: trabajo de enlaces. Iº **Simposio ICMus**: Homofonías, Contrapunto y Otras Tramas, Buenos Aires, 27.nov. 2016.

CECCATO, E ; CANEVA, P; LAMONACA, D. Music Therapy and cognitive rehabilitation with schizophrenia: a controlled study. **Music Therapy Today**, v. 6, n. 4, p. 810-824 , 2005.

CLAES, R; FRACCAROLI, F. General Health Questionnaire (GHQ-12): invarianza fattoriale in diverse versioni linguistiche. **Bollettino di Psicologia Applicata**, n. 237, p. 25-35, 2002.

FERRARA, M; GERMANO, G. Riabilitazione in Psichiatria. in AA.VV. **Trattato di Psichiatria**, v. 3, Milano: Masson, 2002

GAMBA, L; POLI, R. Case – series: la Musicoterapia come trattamento add-on nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso –depressivi” **Psichiatria oggi**, v.20, n.1-2, p. 27-29, 2007.

GAMBA, L. **Strumenti per la valutazione in musicoterapia**: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - Psichiatria. iBooks. StreetLib, 2016.

GROCKE, D; WIGRAM, T. **Receptive Methods in Music therapy**: Techniques and clinical applications for Music therapy clinicians, educators and students. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

KAUFER D.I; CUMMINGS J.L. et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form the Neuropsychiatric Inventory. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v.12, p. 233-239, 2000.

PAVLICEVIC, M. **Groups in Music**: Strategies from Music Therapy. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

PELLIZZARI, P. **Crear salud**. Buenos Aires: ICMus editores, 2011.

PELLIZZARI, P. et al. **Proyecto Música y Psiquismo**: Lo Psicasonoro. Buenos Aires: ICMus editores, 2006.

SCHAPIRA, D. et. al. **Musicoterapia**: Abordaje Plurimodal. Buenos Aires: Adim Ediciones, 2007

SILVERMAN, M.J. Lyric Analysis Intervention in Psychiatric Music Therapy: Clinical Application and Research. **14th World Congress Music Therapy Book**. Vienna/Krems, 2014

STRAUSS, J. S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry. **II Schizophrenia Bulletin**, v. 15 n. 2, 179-187, 1989.

ULRICH, G; HOUTMANS, T; GOLD, C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. **Acta Psychiatry Scand**, v.116, n. 5, p. 362-370, 2007.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p.165-178, 1993.

WIGRAM, T; PEDERSEN, I.N; BONDE, L.O. **A Comprehensive Guide to Music Therapy**: Theory, Clinical Practice, Research and Training. London: Jessica Kingsley Publishers. 2002

WIGRAM, T. **Improvisation**: Methods and Techniques for Music therapy clinicians, educators and students. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

YAN, W.Y; LI, Z; ZHANG, H.Y. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. **Hong Kong Journal of Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 38-40, 1998.

Recebido-03/07
Aceito-02/11