ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines
Vol. 11, e055, Artículo de Reflexión, 2026
https://doi.org/10.24215/27186199e055
ISSN 2718-6199 | https://revistas.unlp.edu.ar/ECOS
Recibido: 22/05/2026 - Aceptado: 19/08/2026 - Publicado: 02/11/2026

Musicoterapia y padecimientos mentales severos
Una lectura clínica desde la organización de la experiencia, la subjetivación y la dimensión psicosocial

Musicoterapia e sofrimentos mentais graves. Uma leitura clínica a partir da organização da experiência, da subjetivação e da dimensão psicossocial

Andrea G. Coluccio
andreacolucciomt@gmail.com
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen | El abordaje de personas con Trastornos Mentales Severos (TMS) plantea desafíos para las prácticas clínicas que exceden las perspectivas centradas en el déficit, la adaptación y la normalización. En este contexto, el presente trabajo propone una lectura clínica de la musicoterapia que permita pensar la complejidad de las intervenciones en situaciones de padecimiento psíquico grave, considerando tanto las condiciones de la experiencia como los procesos subjetivos y las dimensiones sociales e institucionales que los atraviesan. Se trata de un trabajo de carácter teórico-conceptual, sustentado en el diálogo entre desarrollos contemporáneos de la musicoterapia y la salud mental comunitaria y aportes provenientes del psicoanálisis, la salud mental y otras tradiciones disciplinares relevantes para la conceptualización de los TMS. A partir de este recorrido, se proponen tres dimensiones analíticas para orientar la lectura clínica: la organización de la experiencia, los procesos de subjetivación y la dimensión psicosocial. Estas dimensiones no se plantean como etapas sucesivas ni como categorías independientes, sino como perspectivas articuladas que permiten diferenciar las condiciones de continuidad y sostén de la experiencia, los procesos de apropiación y producción de sentido, y las condiciones de participación, reconocimiento, autonomía y lazo social. La propuesta busca contribuir a una concepción de la práctica musicoterapéutica como clínica situada, relacional e institucionalmente atravesada, evitando atribuir efectos terapéuticos intrínsecos a la música o reducir la intervención a objetivos de adaptación. Finalmente, se señalan los alcances y límites del modelo propuesto y la necesidad de contrastarlo mediante investigaciones empíricas y estudios de casos clínicos.

Palabras clave | musicoterapia, trastornos mentales severos, salud mental comunitaria, subjetividad, clinica, inclusión social

Resumo | A abordagem de pessoas com Transtornos Mentais Graves (TMG) apresenta desafios para as práticas clínicas que excedem as perspectivas centradas no déficit, na adaptação e na normalização. Nesse contexto, o presente trabalho propõe uma leitura clínica da musicoterapia que permita pensar a

complexidade das intervenções em situações de sofrimento psíquico grave, considerando tanto as condições da experiência quanto os processos subjetivos e as dimensões sociais e institucionais que os atravessam. Trata-se de um trabalho de caráter teórico-conceitual, fundamentado no diálogo entre desenvolvimentos contemporâneos da musicoterapia e da saúde mental comunitária e contribuições provenientes da psicanálise, da saúde mental e de outras tradições disciplinares relevantes para a conceitualização dos TMG. A partir desse percurso, são propostas três dimensões analíticas para orientar a leitura clínica: a organização da experiência, os processos de subjetivação e a dimensão psicossocial. Essas dimensões não são apresentadas como etapas sucessivas nem como categorias independentes, mas como perspectivas articuladas que permitem diferenciar as condições de continuidade e sustentação da experiência, os processos de apropriação e produção de sentido e as condições de participação, reconhecimento, autonomia e vínculo social. A proposta busca contribuir para uma concepção da prática musicoterapêutica como uma clínica situada, relacional e atravessada pelas dimensões institucionais, evitando atribuir efeitos terapêuticos intrínsecos à música ou reduzir a intervenção a objetivos de adaptação. Por fim, são apontados os alcances e limites do modelo proposto e a necessidade de submetê-lo à análise por meio de pesquisas empíricas e estudos de casos clínicos.

Palavras-chave | musicoterapia, transtornos mentais graves, saúde mental comunitária, subjetividade, clínica, inclusão social

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons

https://doi.org/10.24215/27186199e055

Introducción

El abordaje clínico de personas con Trastornos Mentales Severos (TMS) plantea desafíos que exceden los marcos teórico-técnicos tradicionales y cuestionan las lecturas centradas exclusivamente en el déficit, la adaptación o la normalización de conductas (Saraceno, 1998). En este contexto, la musicoterapia suele ser convocada desde discursos que la posicionan como un espacio expresivo, recreativo o complementario, sin que se expliciten con claridad sus fundamentos clínicos ni los efectos que produce en la experiencia subjetiva de los usuarios. En los últimos años, sin embargo, la producción disciplinar argentina ha comenzado a profundizar la reflexión sobre los dispositivos clínicos, comunitarios e institucionales, problematizando las relaciones entre música, subjetividad, salud y comunidad (Isla et al., 2021; Benzacar, 2025)

En el campo de la salud mental, los abordajes de los TMS han estado históricamente atravesados por tensiones entre modelos biomédicos, rehabilitadores y psicoterapéuticos. Con frecuencia, estas perspectivas evalúan los procesos clínicos en función de resultados observables, adquisiciones funcionales o niveles de adaptación social, invisibilizando dimensiones fundamentales de la experiencia subjetiva (Amarante, 2007; Saraceno, 1998). Frente a estas limitaciones, resulta necesario desarrollar marcos de lectura que permitan pensar la especificidad de las intervenciones clínicas más allá de una lógica evaluativa o normalizadora. En esta dirección, en los últimos años, la reflexión en salud mental comunitaria como diversos desarrollos de la musicoterapia han insistido en la necesidad de construir dispositivos centrados en derechos, participación y producción de lazo social, desplazando modelos exclusivamente rehabilitadores o adaptativos (Isla et al., 2021; Benzacar, 2025).

Este trabajo se inscribe en una perspectiva de la musicoterapia desarrollada en diálogo con la salud mental comunitaria y los procesos de desinstitucionalización, recuperando aportes de la producción argentina que entienden la intervención musicoterapéutica como una práctica clínica situada, relacional y socialmente comprometida (Isla et al., 2021). En este marco, la construcción conceptual propuesta articula desarrollos contemporáneos con conceptualizaciones provenientes de tradiciones teóricas que continúan resultando fundamentales para la lectura clínica de los TMS. Se recuperan, por tanto, producciones recientes del campo de la musicoterapia y la salud mental junto con textos clásicos del psicoanálisis, la salud mental y la musicoterapia, en tanto estos últimos constituyen referencias centrales para los conceptos que organizan las dimensiones analíticas del trabajo. Esta articulación responde al carácter teórico del artículo y busca preservar la especificidad de los marcos conceptuales desde los cuales se construye la lectura clínica propuesta, poniéndolos en diálogo con desarrollos disciplinares contemporáneos.

En este sentido, el presente trabajo se propone interrogar qué tipo de intervenciones se ponen en juego en la práctica musicoterapéutica cuando el padecimiento psíquico compromete la continuidad de la experiencia (Winnicott, 1960), la consistencia subjetiva y el lazo social. Lejos de formular un modelo técnico cerrado, el artículo se inscribe en una perspectiva clínica que privilegia la lectura situada de la práctica y la elaboración conceptual a partir de la experiencia.

A tal fin, se propone una organización en torno a tres dimensiones analíticas: la organización de la experiencia, los procesos de subjetivación y la dimensión psicosocial. Estas no se presentan como etapas secuenciales ni como áreas independientes, sino como herramientas de lectura que permiten orientar la intervención clínica en su complejidad. Su diferenciación responde a la necesidad de evitar reduccionismos que tienden a equiparar participación, expresión y subjetivación, especialmente en contextos de padecimiento psíquico grave.

https://doi.org/10.24215/27186199e055

En este marco, el trabajo busca construir un enfoque clínico que articule niveles pre-simbólicos, subjetivos y sociales, atendiendo tanto a las condiciones de la experiencia como a los procesos de producción de sentido y a las tramas institucionales en las que estos se inscriben. Los ejes propuestos no constituyen categorías diagnósticas ni indicadores de logro, sino herramientas de lectura clínica orientadas a sostener intervenciones situadas, sensibles a la complejidad de los procesos involucrados.

D imensiones analíticas para la lectura clínica en musicoterapia

Eje I: Dimensión de la Organización

La dimensión de la organización se conceptualiza como una condición clínica fundamental para la integración de la experiencia y la constitución subjetiva en personas con TMS (Winnicott, 1958; Winnicott, 1971; Winnicott, 1960). No se trata de una capacidad cognitiva ni de un conjunto de conductas adaptativas, sino del modo en que el sujeto logra —o no— sostener una continuidad de la experiencia, diferenciar límites y habitar un tiempo y un espacio compartido.

Desde una perspectiva psicoanalítica, particularmente en los desarrollos de Donald Winnicott, la organización del yo constituye la base de la experiencia psíquica integrada. La continuidad del ser, la diferenciación entre mundo interno y externo y la posibilidad de apropiarse de la experiencia no son datos dados, sino logros que dependen de un ambiente suficientemente facilitador (Winnicott, 1958; Winnicott, 1960). Cuando estas condiciones fallan, la experiencia tiende a fragmentarse y el sujeto recurre a defensas que pueden adquirir formas rígidas o estereotipadas, tal como se expresa en la noción de falso self (Winnicott, 1971). Esta lectura encuentra continuidad en desarrollos clínicos recientes que retoman la noción de continuidad existencial para pensar el tratamiento de personas con psicosis en dispositivos contemporáneos (Del Olmo, 2019).

En sujetos con TMS, estas dificultades no pueden pensarse exclusivamente en términos intrapsíquicos. La ruptura de los lazos sociales, los procesos de institucionalización prolongada y la pérdida de espacios de autonomía inciden de manera directa en la posibilidad de sostener una experiencia integrada, profundizando la discontinuidad y la desorganización (Goffman, 2001). En este sentido, la organización no constituye un atributo individual, sino una experiencia que puede ser sostenida o debilitada en el marco de dispositivos clínicos e institucionales.

En el espacio musicoterapéutico, la música —junto con la regularidad del encuadre y la presencia de un otro— puede ofrecer condiciones mínimas de continuidad aun cuando la organización yoica se encuentre severamente comprometida. En este marco, la experiencia sonora opera como una matriz organizadora de carácter pre-simbólico (Stern, 1985), capaz de brindar continuidad temporal, delimitación y sostén sin requerir elaboración verbal ni coherencia narrativa.

La operacionalización clínica de esta dimensión se orienta a identificar aspectos observables que organicen la escucha y la intervención. Se considerarán los siguientes: encuadre, expresión sonoro-musical, temporalidad, forma y estructura musical, y relación entre cuerpo y espacio.

https://doi.org/10.24215/27186199e055

Encuadre

El encuadre constituye un elemento central para la organización de la experiencia. La posibilidad de permanecer en el espacio musicoterapéutico no se entiende como obediencia ni como mera adherencia al tratamiento, sino como la capacidad de sostener una experiencia en el tiempo en presencia de condiciones relativamente estables.

Desde una perspectiva de Winnicott, esta permanencia puede vincularse con la continuidad del ser y con la posibilidad de integrar la experiencia sin que esta resulte invasiva o desorganizante (Winnicott, 1958; Winnicott, 1960). En esta línea, Del Olmo (2019), al retomar el concepto de continuidad existencial en la clínica contemporánea de la psicosis, destaca que la función del ambiente terapéutico no consiste únicamente en contener, sino en ofrecer condiciones para que experiencias fragmentadas puedan adquirir una mínima continuidad e integración. Desde esta perspectiva, el dispositivo constituye un componente activo del proceso clínico y no un mero contexto donde este ocurre.

En sujetos con TMS, frecuentemente se observan interrupciones reiteradas, salidas del espacio o imposibilidad de sostener la actividad. Estas conductas pueden dar cuenta de fragilidades en la función continente (Bion, 1962), más que de decisiones voluntarias. A la inversa, una permanencia excesivamente rígida puede leerse como una defensa frente al temor al colapso, antes que como un indicador de integración lograda.

La posibilidad de que el encuadre cumpla esta función organizadora depende también de las condiciones institucionales en las que se desarrolla la práctica. Para comprender estas vicisitudes del encuadre en la clínica de los Trastornos Mentales Severos (TMS), resulta indispensable incorporar lecturas locales actuales que desmitifiquen la noción de cronicidad como un mero derivado de la patología de base. Como señala Yonson (2014), la cronicidad debe ser entendida como una 'enfermedad añadida', producida por el modelado y disciplinamiento de la propia maquinaria hospitalaria que despoja al sujeto de su identidad e intimidad. De este modo, las dificultades de permanencia o las interrupciones sistemáticas en el espacio de la sesión no se agotan en una lectura psicopatológica individual, sino que traducen el arrasamiento subjetivo que produce la internación prolongada. Frente a esto, el encuadre musicoterapéutico funciona como un dispositivo clínico que procura restituir condiciones de estabilidad, continuidad y reconocimiento subjetivo, ofreciendo un soporte capaz de contrarrestar, al menos parcialmente, los efectos desorganizadores de la institucionalización prolongada.

Expresión sonoro-musical

La expresión sonoro-musical constituye un indicador privilegiado del modo en que la experiencia se organiza en acto. El gesto sonoro puede pensarse, en términos de Winnicott, como una forma de expresión del self verdadero y como matriz de la creatividad. En contraste, la rigidez, la estereotipia o la repetición mecánica pueden operar como defensas frente a la desorganización, en línea con la noción de falso self (1971).

Asimismo, producciones fragmentadas, caóticas o inconexas pueden dar cuenta de dificultades en la integración de la experiencia (Winnicott, 1960; Winnicott, 1958) y en la función continente (Bion, 1962), así como de fallas en la envoltura psíquica, en el sentido propuesto por Anzieu (1985). Desde la musicoterapia, estas manifestaciones no se interpretan en términos de capacidad musical ni de valor estético, sino como modos singulares de organización subjetiva que orientan la intervención

https://doi.org/10.24215/27186199e055

clínica (Benenzon, 1981).

Frente a este panorama, las intervenciones clínicas en musicoterapia orientadas a los padecimientos graves no deben perseguir la normalización de conductas ni la adaptabilidad del sujeto a un ideal de coherencia musical. El foco, por el contrario, debe situarse en la revalorización de los aspectos más saludables y en la potenciación de la capacidad creadora del sujeto. Siguiendo a Pellizzari y Rodríguez (2019), es precisamente a partir del 'acto creador' que emergen en el sujeto habilidades fundamentales para el desarrollo de la salud como la fluidez, la flexibilidad y la originalidad. De este modo, el ablandamiento de la rigidez defensiva —que a menudo se presenta en forma de repeticiones mecánicas— no se logra mediante la imposición de una pauta estructurada, sino habilitando un espacio de juego espontáneo donde el sujeto pueda habitar y apropiarse de su propio gesto sonoro

Los desarrollos de la musicoterapia improvisacional permiten precisar el modo en que la intervención del terapeuta incide en esta organización. Las nociones de matching y mirroring (Wigram, 2004) describen modalidades de ajuste relacional mediante las cuales el terapeuta se sitúa en continuidad con la producción del paciente. El matching implica acompañar parámetros como el tempo, la intensidad o el carácter expresivo, favoreciendo una experiencia de reconocimiento y sostén. El mirroring, por su parte, introduce una devolución que refleja y delimita la producción, posibilitando un mínimo nivel de organización sin anular su singularidad (Wigram, 2004).

En sujetos con TMS, estas intervenciones no se orientan a la coherencia musical ni a la elaboración simbólica, sino al sostén de una continuidad de la experiencia y a la construcción de una envoltura sonora compartida. De este modo, la expresión sonoro-musical se configura tanto como indicador clínico del modo de organización subjetiva como un espacio relacional de sostén de dicha organización

Temporalidad

La relación con el pulso y con la temporalidad constituye otro aspecto clínicamente relevante. El pulso compartido no se concibe como una habilidad rítmica ni como una capacidad cognitiva, sino como una experiencia del tiempo vivido en relación con otros (Stern, 1985). El abordaje de la temporalidad en musicoterapia constituye uno de los núcleos más complejos y específicos de la disciplina, dado que el tiempo no se despliega aquí como una categoría abstracta o una mera medida cronológica, sino como una experiencia corporal y relacional directamente ligada a la estructuración psíquica. (Pellizzari, 2011).

Desde la musicoterapia, la organización rítmica y la relación con el pulso pueden leerse como expresiones del modo en que el sujeto configura la continuidad temporal de su experiencia en interacción (Bruscia, 1987). En este sentido, las dificultades para sostener un pulso, así como las aceleraciones o enlentecimientos extremos, pueden dar cuenta de vivencias temporales fragmentadas o de dificultades para inscribirse en una temporalidad compartida. la pulsación o regularidad, tal como describe Pellizzari (2011) es referida como un andamiaje sonoro que produce estabilidad, recurrencia e identidad. De esta manera este nivel temporal es el que permite construir la "confianza básica entre semejantes" (p. 62) y proveer un marco de sostén indispensable para alojar lo diferente.

La continuidad temporal constituye una condición básica del self (Winnicott, 1960). Los aportes de Stern (1985; 2010) permiten profundizar esta perspectiva al concebir el tiempo como una organización pre-verbal de la experiencia, donde las formas de vitalidad expresan modos singulares

https://doi.org/10.24215/27186199e055

de vivenciar el tiempo y el vínculo con otros.

Forma y estructura musical

La relación con la forma y la estructura musical aporta elementos para pensar la capacidad de integrar partes en un todo y de establecer límites. Desde una perspectiva gestáltica, la forma funciona como un principio organizador que permite articular elementos en una unidad coherente (Koffka, 1935).

En la improvisación musical, la posibilidad de sostener configuraciones, diferenciar secciones y establecer relaciones figura-fondo constituye un aspecto clínicamente relevante para comprender los modos de integración de la experiencia (Bruscia, 1987). Estas formas no se reducen a estructuras musicales predefinidas, sino que emergen en el vínculo como organizadores de la experiencia. Estos desarrollos permiten pensar clínicamente un tránsito desde formas de organización más fusionales hacia configuraciones que favorecen la diferenciación y el reconocimiento del otro.

En sujetos con TMS, la confusión entre secciones, la superposición de formas o la imposibilidad de sostener una estructura mínima pueden dar cuenta de dificultades en la diferenciación y en la constitución de límites (Winnicott, 1960). En este sentido, la forma musical puede pensarse como una experiencia de continente y de límite (Anzieu, 1985) y como una organización temporal vivida (Stern, 1985), más que como un contenido simbólico.

Cue rpo y espacio

El cuerpo y el espacio constituyen dimensiones centrales en la organización de la experiencia. La integración psique-soma es una condición necesaria para la constitución del yo y para el registro de los propios límites corporales (Winnicott, 1958).

Desbordes motrices, rigideces extremas o dificultades para habitar el espacio compartido pueden dar cuenta de fallas en dicha integración y de vivencias corporales poco diferenciadas. Los aportes de Dolto (1984) sobre la imagen inconsciente del cuerpo permiten pensar estas manifestaciones como expresiones de dificultades en la simbolización y en la construcción de límites corporales y espaciales.

En el dispositivo musicoterapéutico, el cuerpo no solo se expresa a través del movimiento, sino también en la producción sonora, en la relación con los instrumentos y en la ocupación del espacio compartido (Pellizzari, 2006). De este modo, la dimensión corporal se articula con la experiencia sonora como un eje fundamental en la organización de la experiencia.

Cierre del Eje

En conjunto, los aspectos desarrollados permiten orientar la lectura clínica hacia las condiciones que hacen posible la organización de la experiencia, entendida como la construcción de una mínima continuidad temporal, espacial y relacional, sin reducirla a criterios normativos ni evaluativos. En este sentido, la dimensión de la organización no constituye una meta terapéutica en sí misma, sino una condición de posibilidad para procesos posteriores de subjetivación y de inserción psicosocial.

Desde esta perspectiva, la intervención musicoterapéutica no se orienta a promover de manera

https://doi.org/10.24215/27186199e055

inmediata la elaboración simbólica ni la coherencia narrativa, sino a sostener condiciones de continuidad, delimitación y presencia que habiliten la experiencia compartida. Si bien la organización no garantiza por sí misma procesos de subjetivación, su ausencia limita significativamente la posibilidad de que estos puedan desplegarse.

Eje II: Dimensión de la Subjetividad

Tomaremos la dimensión de la subjetividad, como un proceso relacional, situado e inacabado, a través del cual el sujeto puede apropiarse —de manera siempre parcial y contingente— de su experiencia, posicionarse frente a otros y producir algún efecto de sentido propio (Giaccaglia et al., 2009). Esta perspectiva se distancia de las concepciones que entienden la subjetividad como interioridad psicológica, identidad estable o conjunto de rasgos individuales, nociones que resultan insuficientes para dar cuenta de los procesos clínicos en personas con TMS.

Desde este enfoque procesual, la experiencia musical puede pensarse como un espacio privilegiado para la construcción de identidad. Lejos de constituir un núcleo fijo, la identidad se configura como una narrativa en permanente transformación, producida a partir de las experiencias vividas y de los significados que el sujeto les atribuye (Ruud, 1998; Ruud, 2013). En este marco, la música no opera como un estímulo neutro ni como un mero canal expresivo, sino como una experiencia significativa susceptible de ser apropiada, resignificada e inscripta en la propia historia, contribuyendo a la producción de sentido.

En este punto, resulta necesario diferenciar la dimensión de la subjetividad de la dimensión de la organización desarrollada en el eje anterior. Mientras que la organización refiere a la posibilidad de sostener una continuidad mínima de la experiencia —integrar vivencias, tolerar un encuadre—, la subjetividad remite a la posibilidad de apropiarse de esa experiencia, de posicionarse frente a ella y de inscribirla en un campo de sentido (Giaccaglia et al., 2009). Esta distinción permite advertir que puede haber organización sin subjetivación, pero no es posible pensar procesos de subjetivación sin un mínimo de organización que los sostenga.

La operacionalización clínica de esta dimensión permite identificar indicios para leer procesos incipientes de posicionamiento subjetivo, reconociendo al mismo tiempo los límites de dicha lectura. La subjetividad no es directamente observable, sino que se manifiesta en efectos que se producen en la experiencia musical, en el vínculo con otros y en la relación con el dispositivo clínico: el posicionamiento frente a la experiencia musical, la relación con los otros, la producción de sentido y la relación con el dispositivo y sus reglas.

Posicionamiento frente a la experiencia musical

Un primer indicio de subjetivación refiere al modo en que el sujeto se posiciona frente a la experiencia musical. La mera participación o producción sonora no resulta suficiente para hablar de subjetividad; lo relevante es la relación que el sujeto establece con aquello que hace (Aulagnier, 1975).

La apropiación de la experiencia puede manifestarse en la investidura, en la elección y en la variación de las producciones sonoras, evidenciando cierto grado de plasticidad psíquica y de implicación subjetiva. Por el contrario, las respuestas automáticas, estereotipadas o meramente reactivas pueden

https://doi.org/10.24215/27186199e055

dar cuenta de modalidades de funcionamiento más ligadas a la adaptación o a la subordinación, en las que el sujeto no introduce una marca propia (Pellizzari, 2006).

En este sentido, la elección de un sonido, la insistencia en un motivo o la transformación de una propuesta musical no remiten únicamente a preferencias estéticas, sino que pueden leerse como modos de apropiación de la experiencia (Ruud, 1998). A través de estas operaciones pueden comenzar a configurarse formas incipientes de narración sobre sí, aun cuando estas se presenten de manera fragmentaria o no verbal.

Esta relación entre experiencia musical y singularidad adquiere particular relevancia en contextos de institucionalización prolongada. Pereyra y Rueda Tolava (2018), a partir de una experiencia musicoterapéutica con usuarios con internaciones de larga data, señalan la posibilidad de que la música contribuya a recuperar aspectos de la historia y singularidad de los sujetos y a generar procesos de re-subjetivación. En esta línea, Robles (2025) observa cómo determinadas elecciones musicales pueden adquirir un valor singular al enlazarse con experiencias familiares, trayectorias personales y preferencias estéticas, favoreciendo el registro de sí y la emergencia de narrativas personales. Desde estas perspectivas, las elecciones, preferencias y producciones musicales pueden constituirse en puntos de apoyo para recuperar marcas singulares de la historia subjetiva. Su valor clínico no radica en el contenido musical considerado aisladamente, sino en la posibilidad de que este se articule con aspectos significativos de la experiencia del sujeto.

Relación con los otros y el lazo

La constitución subjetiva se produce en el campo de lo interpsíquico: no hay subjetividad sin vínculo. En este sentido, las instituciones no operan como marcos neutrales, sino como dispositivos que producen efectos subjetivos concretos (Kaës, 1993; Kaës, 2000). En trayectorias atravesadas por procesos de institucionalización prolongada, es frecuente que la palabra y la decisión queden capturadas por el dispositivo, reduciendo al sujeto a posiciones de objeto de cuidado o de control (Goffman, 2001).

En este contexto, no todo lazo resulta subjetivante. Las relaciones pueden funcionar tanto como soporte del self como también como espacios de alienación cuando anulan la diferencia (Winnicott, 1971; Kaës, 2000).

En el dispositivo musicoterapéutico, las experiencias musicales compartidas habilitan instancias de reconocimiento, diferenciación y negociación de sentido (Ruud, 1998). Desde una perspectiva intersubjetiva, la música puede ser entendida como un espacio de encuentro en el que la musicalidad constituye un punto de anclaje para procesos relacionales con potencial terapéutico (Gonnet, 2020). La posibilidad de responder al otro, de sostener una diferencia sonora o de transformar una propuesta puede leerse como un indicio de posicionamiento subjetivo, en la medida en que el sujeto no se limite a reproducir lo dado, sino que introduzca variaciones propias en el vínculo.”

Como ya fue mencionado, la improvisación no se limita a vehiculizar expresiones del mundo interno, sino que configura un espacio relacional donde se ponen en juego dinámicas transferenciales y contra transferenciales de manera previa o paralela a su elaboración verbal (Priestley, 1994). La transferencia en musicoterapia no se restringe al momento verbal posterior, sino que se inscribe en la interacción sonora misma, en los modos de acercamiento, rechazo, fusión o diferenciación que se despliegan en la música compartida (Pellizzari, 2006). De este modo, la música no se entiende como

https://doi.org/10.24215/27186199e055

la exteriorización de una subjetividad ya constituida, sino como un medio a través del cual pueden emerger, tensionarse y transformarse posiciones subjetivas en relación con un otro.

Producción de sentido

La subjetividad se inscribe en un campo de significaciones sociales que no solo precede al sujeto, sino que también condiciona sus posibilidades de producción de sentido (Castoriadis, 1975). En el caso de las personas con TMS, este campo suele estar atravesado por procesos de estigmatización, cronificación y exclusión, que restringen las posibilidades de decir, elegir y significar la propia experiencia (Goffman, 2001).

En este contexto, la música puede operar como un soporte narrativo que permite la inscripción de la experiencia en formas de significado, aun cuando estas no adopten estructuras simbólicas consolidadas (Ruud, 2013). Las vivencias musicales —escuchadas, producidas o evocadas— pueden funcionar como fragmentos de sentido susceptibles de ser retomados y resignificados. En esta dirección, Robles (2025) describe cómo, en el proceso clínico de un adolescente internado por una descompensación psicótica, las experiencias musicales funcionaron como soportes para enlazar elementos de la historia personal, habilitando la emergencia de narrativas y la construcción de formas singulares de inscripción subjetiva. En un momento posterior, la composición de una canción propia adquirió el valor de una invención subjetiva y pudo ser compartida en un espacio grupal, articulando producción de sentido y lazo social.

Se consideran indicios de procesos de subjetivación las atribuciones personales a lo producido, las asociaciones espontáneas, la recurrencia de ciertos motivos y las transformaciones simbólicas incipientes, incluso cuando estas se presenten de manera discontinua o contradictoria. La coherencia narrativa no constituye aquí un criterio de lectura clínica; lo relevante es la posibilidad de que emerja algún efecto de sentido propio.

Relación con el dispositivo y sus reglas

La relación con el dispositivo terapéutico y con sus reglas constituye un espacio privilegiado para la lectura de procesos subjetivos. Las instituciones no solo organizan la experiencia, sino que también producen modos de posicionamiento subjetivo (Kaës, 1993).

La manera en que el sujeto se vincula con el encuadre —lo utiliza, lo transforma, lo cuestiona o lo resignifica— puede dar cuenta de diferentes modalidades de apropiación. El uso singular del dispositivo, la creación de rituales propios o la modificación de las consignas pueden entenderse como formas en las que el sujeto inscribe su experiencia, evitando quedar reducido a una posición pasiva (Ruud, 1998).

En este sentido, el cumplimiento estricto de las reglas no se interpreta necesariamente como un indicador de subjetivación, del mismo modo que su transgresión no implica por sí misma un posicionamiento subjetivo. Lo relevante es la posibilidad de establecer una relación mediada con el encuadre, en la que el sujeto pueda introducir algún margen de decisión o significación.

https://doi.org/10.24215/27186199e055

Cierre del Eje

En conjunto, los aspectos desarrollados permiten orientar la lectura clínica hacia la emergencia de procesos subjetivantes, atendiendo a su carácter frágil, discontinuo y dependiente de condiciones vinculares e institucionales. La intervención musicoterapéutica no se limita a facilitar la expresión, sino que se orienta a sostener condiciones en las que el sujeto pueda, eventualmente, posicionarse, apropiarse de su experiencia y producir sentido.

Desde esta perspectiva, la subjetivación no constituye un resultado garantizado de la práctica clínica, sino un proceso contingente que depende de condiciones vinculares e institucionales capaces de alojar la diferencia y habilitar márgenes efectivos de participación.

Eje III: Dimensión Psicosocial

La dimensión psicosocial se orienta a pensar la construcción de condiciones de vida más habitables para personas con TMS, partiendo de la premisa de que el padecimiento psíquico grave no puede ser abordado exclusivamente desde una perspectiva individual ni reducido a un problema de déficit subjetivo. En este marco, el lazo social, la autonomía y la inclusión social no se conciben como resultados posteriores al tratamiento, sino como dimensiones constitutivas del proceso clínico.

Esta perspectiva se apoya en los desarrollos de la musicoterapia comunitaria, particularmente en los aportes de Stige y Ansdell (2012), quienes proponen entender la musicoterapia como una práctica social situada, inseparable de los contextos institucionales y comunitarios en los que se inscribe. Desde este enfoque, lo terapéutico no se restringe al espacio dentro del consultorio ni a la transformación individual del sujeto, sino que incluye la intervención sobre las condiciones sociales de participación, pertenencia y reconocimiento.

Este posicionamiento implica un distanciamiento de las concepciones rehabilitadoras clásicas que entienden la inclusión como adaptación a la norma, la autonomía como autosuficiencia individual y el lazo social como mera socialización. Tales enfoques tienden a desplazar la responsabilidad de la exclusión hacia el sujeto, invisibilizando las condiciones sociales, institucionales e históricas que la producen (Foucault, 1961; Oliver, 1990). En contraste, el presente trabajo se inscribe en una perspectiva que entiende la exclusión como un fenómeno estructural y sitúa la tarea clínica en la construcción de condiciones que hagan posible formas de vida social más habitables.

La operacionalización clínica de esta dimensión delimita aspectos observables que orienten la lectura de los efectos sociales del dispositivo musicoterapéutico. En este sentido, se consideran tres ejes principales: la construcción del lazo social, la autonomía y la inclusión social. Estos no se presentan como metas a alcanzar, sino como dimensiones en las que la práctica clínica interviene de manera simultánea y situada.

Construcción del lazo social

El lazo social se entiende como una construcción relacional e institucional, profundamente condicionada por los dispositivos en los que el sujeto participa. No se trata de una habilidad individual a desarrollar, sino de una experiencia que se produce en prácticas concretas de interacción, en el marco de configuraciones vinculares e institucionales que hacen posible —y a la vez limitan—

https://doi.org/10.24215/27186199e055

determinadas formas de relación (Kaës, 1993; Goffman, 2001).

Los aportes de Trevarthen (1997) sobre la musicality permiten pensar la experiencia musical compartida como una forma primaria de coordinación y comunicación social. En este sentido, el lazo no se reduce a intercambios simbólicos o discursivos, sino que se construye también en la dimensión temporal, rítmica y afectiva de la interacción.

Desde la musicoterapia comunitaria, el énfasis se coloca en la creación de contextos musicales que habiliten participación efectiva, reconocimiento mutuo y pertenencia (Stige et al., 2010). La posibilidad de formar parte de una práctica musical compartida, de incidir en su desarrollo y de ser reconocido como miembro legítimo de esa experiencia constituye un aspecto central en la construcción del lazo social. Desde una perspectiva situada en el contexto argentino, Isla et al. (2021) conciben la música en sus dimensiones activas e interactivas, inserta en un amplio conjunto de prácticas sociales. Su propuesta de hacer musical reflexivo enfatiza el carácter crítico, dialógico, participativo y horizontal de la intervención comunitaria, desplazando la mirada desde la música como objeto o recurso hacia las relaciones y procesos que se construyen colectivamente a través del hacer musical.

En este marco, la intervención musicoterapéutica no se orienta a entrenar conductas sociales, sino a crear y sostener condiciones en las que el estar-con- otros resulte posible y significativo.

Autonomía

La noción de autonomía se aborda desde una perspectiva relacional y situada. No se define como independencia absoluta ni como ausencia de determinaciones, sino como la posibilidad —siempre parcial— de reflexionar sobre las condiciones dadas y de participar en su transformación (Castoriadis, 1975).

Esta concepción permite cuestionar los enfoques que exigen autonomía a sujetos que permanecen insertos en dispositivos que producen dependencia estructural (Foucault, 1961; Goffman, 2001). La institución manicomial no solo encierra cuerpos, sino que produce subjetividades dependientes, anulando toda posibilidad real de autonomía, limitando las posibilidades de decisión y acción (Basaglia, 1968).

Desde esta perspectiva, la autonomía no puede ser pensada como una competencia individual a adquirir ni como un objetivo evaluable en términos de desempeño. Se construye, en cambio, en el marco de relaciones y dispositivos que habilitan márgenes efectivos de decisión, participación y reconocimiento (Ansdell , 2014).

Desde desarrollos recientes de la musicoterapia en el campo de la salud mental comunitaria, se propone una perspectiva que reconoce a los participantes como sujetos de derechos, saberes y trayectorias, y sitúa la construcción de autonomía en prácticas de cuidado y acompañamiento que promueven su participación activa. Esta perspectiva permite reforzar la idea de que la autonomía no constituye una capacidad aislada del sujeto, sino que se configura también en relación con las condiciones que los dispositivos habilitan para la decisión y la participación (Benzacar, 2025).

En el campo de la musicoterapia, la autonomía se expresa en la posibilidad de elegir, modificar o rechazar propuestas, de incidir en el desarrollo de la experiencia musical y de sostener una presencia singular en un espacio compartido. No se trata de retirar el sostén, sino de evitar prácticas sustitutivas

que deciden de manera sistemática por el sujeto.

Inclusión social

La inclusión social se concibe como un derecho y como un proceso que atraviesa la práctica clínica desde sus inicios, y no como un resultado condicionado al cumplimiento de determinados objetivos terapéuticos. Esta perspectiva resulta consistente con los desarrollos contemporáneos de la salud mental comunitaria, que desplazan la atención desde una concepción centrada exclusivamente en la enfermedad individual hacia la consideración de la salud mental como un campo de prácticas sociales, orientado por un enfoque integral, comunitario y de derechos (Stolkiner y Rosales , 2023). Desde este enfoque, la participación en la vida social y comunitaria no constituye una instancia posterior o externa al cuidado, sino una dimensión que forma parte de las condiciones mismas en las que este se produce.

En este sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006) establece un marco normativo que reconoce el derecho a la participación plena en la vida social, cultural y comunitaria. La inclusión no se reduce a la presencia del sujeto en espacios sociales, sino que implica condiciones efectivas de participación, continuidad y reconocimiento. Los desarrollos de la salud mental comunitaria refuerzan esta idea al señalar que la clínica no se agota en el espacio terapéutico, sino que se juega en el territorio y en las redes sociales concretas.

La inclusión se produce cuando las personas pueden participar en prácticas musicales socialmente significativas, no definidas exclusivamente por la lógica asistencial ni por identidades estigmatizantes (Stige y Ansdell, 2012). En este sentido, la musicoterapia no “inserta” sujetos en la comunidad, sino que contribuye a transformar las condiciones que hacen posible dicha participación.

El dispositivo musicoterapéutico como productor de efectos sociales

En este marco, el dispositivo musicoterapéutico se concibe como un actor activo en la producción de efectos sociales. Lejos de constituir un espacio neutro, el dispositivo puede reproducir lógicas de exclusión o, por el contrario, contribuir a su cuestionamiento.

Ansdell (2014) propone pensar los dispositivos musicoterapéuticos en términos ecológicos, considerando que sus efectos exceden el espacio de la sesión y se extienden a las redes sociales, culturales e institucionales en las que el sujeto participa. Desde esta perspectiva, los dispositivos que favorecen la circulación de producciones musicales, el vínculo con espacios comunitarios y la continuidad de las experiencias más allá del encuadre terapéutico contribuyen activamente a la ampliación del lazo social y a la construcción de condiciones de vida más habitables.

El concepto de amplificación refiere a estrategias mediante las cuales las producciones surgidas en un dispositivo se presentan y circulan en la comunidad (Abramovici, 2021). Esta perspectiva desplaza parcialmente el foco de la intervención desde la transformación exclusiva de los participantes hacia las condiciones y los espacios sociales en los que dichas producciones son recibidas. La amplificación incorpora así una dimensión de valoración comunitaria y de protagonismo de quienes participan, permitiendo pensar la circulación pública de las producciones como parte de los efectos sociales del dispositivo.

https://doi.org/10.24215/27186199e055

En este sentido, los dispositivos abiertos, permeables al territorio y no fijados a identidades estigmatizantes posibilitan formas de participación más sostenidas y significativas. La producción musical deja de quedar circunscripta al espacio terapéutico y se inscribe en circuitos sociales más amplios, favoreciendo procesos de reconocimiento.

Cierre del Eje

La dimensión psicosocial permite ampliar la lectura clínica más allá de la experiencia dentro de la sesión de musicoterapia, incorporando las condiciones sociales e institucionales en las que esta se inscribe. Desde esta perspectiva, la práctica musicoterapéutica no solo interviene sobre la organización de la experiencia y los procesos de subjetivación, sino también sobre las tramas sociales que condicionan las posibilidades de participación, reconocimiento y autonomía. Este eje asume que no toda práctica comunitaria es necesariamente inclusiva, que no todo lazo es subjetivante y que la autonomía no puede darse por supuesta en contextos de desigualdad estructural. Como advierte Stolkiner (2024), lo comunitario no constituye una categoría homogénea ni exenta de tensiones, sino un campo cuya potencia depende también de las condiciones históricas, políticas y sociales en las que las prácticas se inscriben. Por ello, el criterio de lectura clínica no se centra en los objetivos declarados, sino en las condiciones efectivas de participación y habitabilidad que se producen para el sujeto.

Conclusión

El presente trabajo propuso una lectura clínica de la práctica musicoterapéutica con personas con Trastornos Mentales Severos a partir de la construcción de tres dimensiones analíticas —la organización de la experiencia, los procesos de subjetivación y la dimensión psicosocial— con el propósito de ofrecer un marco conceptual situado para pensar la intervención en contextos de padecimiento psíquico grave. Desde esta perspectiva, se buscó construir una posición clínica atenta a las condiciones de la experiencia, a los procesos de producción de sentido y a los entramados vinculares, institucionales y sociales en los que estos se inscriben, evitando tanto las lecturas deficitarias centradas exclusivamente en el sujeto como aquellas que atribuyen a la práctica musicoterapéutica efectos terapéuticos intrínsecos.

Uno de los aportes centrales de esta propuesta radica en diferenciar analíticamente dimensiones que, en la práctica clínica, se encuentran estrechamente articuladas. La dimensión de la organización permite atender a las condiciones mínimas de continuidad, delimitación y sostén de la experiencia; la dimensión de la subjetividad, a los procesos mediante los cuales el sujeto puede apropiarse de aquello que experimenta, posicionarse frente a otros y producir efectos de sentido; y la dimensión psicosocial, a las condiciones institucionales y sociales que habilitan o restringen las posibilidades de participación, reconocimiento, autonomía y pertenencia. Estas dimensiones no constituyen etapas sucesivas ni categorías independientes, sino perspectivas complementarias para orientar una lectura clínica compleja.

En este sentido, distinguir entre organización de la experiencia y subjetivación permite problematizar la tendencia a equiparar participación, expresión y subjetivación. La presencia en un dispositivo, la producción sonora o la participación en una actividad musical no constituyen por sí mismas indicadores de integración subjetiva. Del mismo modo, la organización de la experiencia no garantiza

https://doi.org/10.24215/27186199e055

procesos de subjetivación, aunque constituye una condición que puede favorecer su despliegue. Esta distinción permite sostener una escucha clínica que no reduzca las manifestaciones musicales a indicadores de déficit ni las sobredimensione como signos de transformación subjetiva, sino que atienda a las condiciones y efectos singulares que adquieren en cada proceso.

A su vez, la incorporación de la dimensión psicosocial permite ampliar el campo de la clínica más allá de lo que acontece en el espacio de la sesión. El lazo social, la autonomía y la inclusión no son concebidos como resultados posteriores a un proceso de rehabilitación, sino como dimensiones que atraviesan desde el inicio las condiciones concretas de existencia de las personas con TMS. En esta línea, los aportes de la salud mental comunitaria y de la musicoterapia comunitaria permiten desplazar la mirada desde la adaptación del sujeto hacia las condiciones sociales e institucionales que posibilitan —o dificultan— su participación. Esto implica reconocer, asimismo, que no todo lazo es subjetivante, que no toda práctica comunitaria es necesariamente inclusiva y que la autonomía no puede pensarse al margen de las relaciones y dispositivos que la hacen posible.

Desde esta perspectiva, el dispositivo musicoterapéutico no constituye un espacio neutro ni meramente instrumental. Puede producir condiciones de sostén, reconocimiento y participación, pero también puede reproducir lógicas de dependencia, adaptación o exclusión. El valor clínico de la música, por tanto, no reside en propiedades terapéuticas universales ni en la actividad musical considerada aisladamente, sino en los modos particulares en que esta se articula con el encuadre, el vínculo, las intervenciones del musicoterapeuta y las condiciones institucionales y sociales en las que tiene lugar. La práctica musicoterapéutica se configura así como un campo relacional y situado, cuyos efectos requieren ser leídos en función de las condiciones concretas de cada experiencia.

En conjunto, las dimensiones propuestas permiten pensar la musicoterapia como una práctica que articula niveles pre-simbólicos, subjetivos y sociales sin reducir unos a otros. Esta articulación posibilita una clínica que no se limita a promover expresión o adaptación, sino que procura sostener condiciones para que una experiencia pueda adquirir continuidad, para que puedan emerger formas singulares de apropiación y producción de sentido, y para que dichas experiencias encuentren posibilidades de inscripción en tramas vinculares y sociales más amplias. En este punto, la noción de habitabilidad resulta especialmente relevante: la intervención no se orienta únicamente a modificar al sujeto, sino también a construir condiciones en las que pueda desplegar modos de estar, vincularse, decidir y participar que no queden determinados exclusivamente por el padecimiento o por las lógicas institucionales que lo rodean.

Este trabajo constituye una elaboración de carácter predominantemente teórico y, como tal, presenta límites que requieren ser explicitados. Las dimensiones propuestas necesitan ser contrastadas y desarrolladas mediante investigaciones empíricas, estudios de caso y análisis de experiencias clínicas concretas que permitan profundizar sus alcances, tensiones y límites. Asimismo, el recorte conceptual realizado no agota la complejidad del campo y deja abiertas otras dimensiones relevantes, entre ellas las condiciones materiales de los dispositivos, las políticas públicas de salud mental y las particularidades de los procesos de desinstitucionalización. En este sentido, las categorías construidas deben entenderse como herramientas de lectura y no como esquemas cerrados de aplicación, cuyo valor dependerá de su capacidad para orientar una escucha situada y sensible a la singularidad de cada proceso clínico.

El trabajo propone una toma de posición frente a los modos de conceptualizar y abordar los TMS desde la musicoterapia más que formas de intervenir. Esta posición supone desplazar la pregunta por aquello que el sujeto puede o no puede hacer hacia una interrogación por las condiciones que

https://doi.org/10.24215/27186199e055

permiten que una experiencia se sostenga, que una posición subjetiva pueda emerger y que formas de participación social sean efectivamente posibles. Desde allí, la clínica musicoterapéutica puede contribuir a construir espacios que no reduzcan al sujeto a su padecimiento, a su institucionalización ni a su adaptación, sino que habiliten condiciones de continuidad, producción de sentido, reconocimiento y participación.

Referencias

Abramovici, G. (2021). Amplificación, una estrategia de transformación social a partir de la ocupación del espacio acústico. *ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, *6*(3), 011. https://doi.org/10.24215/27186199e011 ↑

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz. ↑

Ansdell , G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Ashgate. ↑

Anzieu, D. (1985). *El yo-piel*. Biblioteca Nueva. ↑

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu. ↑

Basaglia, F. (1968). *La institución negada*. Siglo XXI Editores. ↑

Benenzon, R. O. (1981). *Manual de musicoterapia*. Paidós. ↑

Benzacar, A. (2025). Musicoterapia y consumo problemático de sustancias. *ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, *10*, e046. https://doi.org/10.24215/27186199e046 ↑

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann. ↑

Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Charles C Thomas. ↑

Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets. ↑

Del Olmo, J. D. (27 de noviembre de 2019). *Los trabajos de la continuidad existencial: Especificidades en la clínica de la psicosis* [Presentación de trabajo]. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación, XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, I Encuentro de Musicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. https://www.aacademica.org/000-111/963 ↑

Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós. ↑

Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica. ↑

Giaccaglia, M. A., Méndez, M. L., Ramírez, A., Santa María, S., Cabrera, P., Barzola, P. y Maldonado, M. (2009). Sujeto y modos de subjetivación. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, *38*, 115-147. ↑

Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. ↑

Gonnet, D. (2020). ¿En qué música nos encontramos? Música(s), musicalidades, subjetividades e intersubjetividades. *ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, *5*(3), 4-18. ↑

Health musicking: Music therapy or music and health? (2015). Barcelona Publishers. ↑

Isla, C., Demkura, M., Alfonso, S. y Abramovici, G. (2021). Desarrollos conceptuales del Colectivo85 en Musicoterapia Comunitaria. *ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, *6*(3), 012. https://doi.org/10.24215/27186199e012 ↑

Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo*. Amorrortu. ↑

Kaës, R. (2000). *El aparato psíquico grupal*. Gedisa. ↑

Koffka, K. (1935). *Principles of Gestalt psychology*. Harcourt, Brace and World. ↑

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan. ↑

Organización de las Naciones Unidas. (13 de diciembre de 2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Naciones Unidas*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities ↑

Pellizzari, P. (2006). *Proyecto música y psiquismo: lo psicosonoro*. ICMus Editores. ↑

Pellizzari, P. (2011). *Crear salud*. Edición del autor. ↑

Pellizzari, P. y Rodriguez, R. (2019). *Salud, escucha y creatividad. De la musicoterapia preventiva a la musicoterapia social*. Ediciones Universidad del Salvador. ↑

Pereyra, G. y Rueda Tolava, C. (28 de noviembre de 2018). *Musicoterapia y desmanicomialización. Efectos de la cronicidad y alternativas terapéuticas* [Conferencia]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. https://www.aacademica.org/000-122/toc/45 ↑

Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Barcelona Publishers. ↑

Robles, J. (2025). Musicoterapia, psicosis y adolescencia. *ECOS. Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, *10*, e048. https://doi.org/10.24215/27186199e048 ↑

Ruud, E. (1998). *Music therapy: Improvisation, communication and culture*. Barcelona Publishers. ↑

Ruud, E. (2013). *Music and identity*. Oxford University Press. ↑

Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *9*(1), 26-31. https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.rto.1998.224835 ↑

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books. ↑

Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy and development*. Oxford University Press. ↑

Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. y Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps: Community music*

therapy in action and reflection. Ashgate. ↑

Stige, B. y Ansdell, G. (2012). *Community music therapy*. Routledge. ↑

Stolkiner, A. (2024). Lo Comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia. *Salud Mental y Comunidad*, (17), 221-227. https://doi.org/10.18294/smyc.2024.5592 ↑

Stolkiner, A. I. y Rosales , M. L. (2023). *Fundamentos de la salud mental comunitaria*. Universidad Nacional de Lanús. ↑

Trevarthen, C. (1997). Musicality and the intrinsic motive pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae*, *1*(1), 155-215. ↑

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers. ↑

Winnicott, D. W. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós. ↑

Winnicott, D. W. (1960). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. ↑

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa. ↑

Yonson, V. R. (2014). Reflexiones en torno a la noción de cronicidad en Salud Mental. *Revista Margen*, *75*, 1-7. ↑