

Paisaje sonoro y escucha en un hospital de alta complejidad: experiencias de la RISaMC HBEE en un contexto de vaciamiento.

Álvarez, Carolina Luz, Luján, Jael y Machado, Inés.

Cita:

Álvarez, Carolina Luz, Luján, Jael y Machado, Inés (2026). *Paisaje sonoro y escucha en un hospital de alta complejidad: experiencias de la RISaMC HBEE en un contexto de vaciamiento. II Jornadas de Residentes de Musicoterapia de CABA. Residencia de Musicoterapia de CABA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable:

<https://www.aacademica.org/ii.jornadas.de.residentes.de.musicoterapia.de.caba/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ere4/n2N>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.

Para ver una copia de esta licencia, visite

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Hospital de Alta Complejidad del
Bicentenario Esteban Echeverría

Paisaje sonoro y escucha en un hospital de alta complejidad: experiencias de la RISaMC HBEE en un contexto de vaciamiento

II JORNADAS DE RESIDENTES DE MUSICOTERAPIA DE CABA

INTEGRANTES:

Lic. Carolina Luz Alvarez - Residente de Musicoterapia de Segundo año

Lic. Jael Luján - Residente de Musicoterapia de Tercer año

Lic. Inés Machado - Residente de Musicoterapia de Segundo año

Mails:

imt.carolinaluz@gmail.com

jael.mt.lujan@gmail.com

inemachado31@gmail.com

risambicentenario@gmail.com

Aceptación de publicación en actas

Julio 2026

Abstract

El presente trabajo se enmarca dentro de la experiencia como musicoterapeutas en la Residencia Interdisciplinaria en salud mental comunitaria (RISaMC) en el Hospital de alta complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría (HBEE).

El escrito pretende describir las posibilidades de escucha dentro del HBEE, teniendo en cuenta el contexto de vaciamiento y silenciamiento a nivel nacional.

Para ello, serán tenidos en cuenta los diferentes momentos en que se ejerce la escucha musicoterapéutica dentro de la alta complejidad: hacia los pacientes, entre residentes, entre profesionales y trabajadores del hospital.

Se utilizarán conceptos que inviten a pensar a la institución tales como: paisaje sonoro, escucha (ampliada, trabajada, emancipada e integral), polifonía, estética comunitaria y el derecho al silencio.

Ante este posicionamiento compartido, urge la necesidad de construir estrategias desde una sensibilidad puesta al servicio de la escucha, en un abordaje interdisciplinario, que permita acompañar lo disruptivo, dar lugar a las singularidades y resistir las múltiples formas de silenciamiento.

Palabras clave: paisaje sonoro - estética comunitaria - alta complejidad

Introducción

El presente escrito se enmarca en el contexto de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) la cual se inserta dentro del Servicio de Salud Mental del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría (HBEE). La RISaMC está compuesta por terapia ocupacional, musicoterapia, trabajo social y psicología, con su primera cohorte iniciada en 2022 y finalizando en el año 2027, dado que desde el 2025 no se han otorgado cupos para nuevos residentes ni para jefatura por decisiones políticas del gobierno nacional. A su vez, actualmente existe una incertidumbre en relación al otorgamiento del título de especialización en salud mental comunitaria, lo cual influye en la práctica profesional.

La modalidad de atención dentro del HBEE se desarrolla a través del modelo de cuidados progresivos, el cual está centrado en la integralidad y humanización de los mismos. La atención del servicio de salud mental difiere de la lógica de interconsulta: se mantiene una primera entrevista con la totalidad de los pacientes internados, se evalúa cada situación y se ofrece un acompañamiento singular durante el proceso de internación, bajo la perspectiva de derechos humanos y en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010). Cabe aclarar que actualmente el Gobierno Nacional propuso la modificación de dicha legislación, buscando la desmantelación de los derechos adquiridos anteriormente en el ámbito de la salud.

Como musicoterapeutas, surgen las siguientes preguntas: ¿qué función cumple la escucha dentro del HBEE?; ¿cómo se escucha en la alta complejidad en tal contexto arrasador? Por este motivo, se escribe el presente trabajo con el objetivo de dimensionar y reflejar el abordaje interdisciplinario realizado a lo largo de estos años, puntualmente registrando y reflexionando acerca de la escucha en dicho hospital, tanto hacia pacientes como entre personal de salud y trabajadores del mismo. Para ello, se utilizarán conceptos que inviten a pensar a la institución tales como: paisaje sonoro, escucha (ampliada, trabajada, emancipada e integral), polifonía, estética comunitaria y el derecho al silencio.

Contexto hospitalario

En primer lugar, se pretende describir el contexto hospitalario con el cual los residentes se encuentran diariamente. La institución cuenta con diferentes sectores de internación, organizados en cuidados mínimos, intermedios e intensivos. Cada sector cuenta con horarios de atención y visitas pautados desde los servicios, en los que la

modalidad de trabajo es sin necesidad de interconsulta. Desde el servicio de salud mental se realiza una primera entrevista a la totalidad de personas que se encuentran internadas, se escucha la demanda, se evalúa el caso singular y se realiza un acompañamiento de manera integral, si el paciente lo requiere.

Al tratarse de un hospital de alta complejidad, los motivos de internación de las personas son muy diversos y suelen ser situaciones agudas de salud tales como: politraumatismos, TEC, ACV, cáncer, diabetes, infecciones, quemaduras, infarto, insuficiencia cardíaca, intento autolítico, entre otras.

En relación a las vivencias de los pacientes internados en dicha institución, se pueden detallar: la irrupción de un diagnóstico, el cambio de rutina repentino, la extranjería a la hora de estar en una habitación desconocida, las infinitas intervenciones realizadas en sus cuerpos y las sensaciones aparejadas que esto trae, la cercanía a la muerte, la pérdida de eventos significativos, los cambios que impactan en el cuerpo y en la salud mental de los pacientes. Es por ello que se busca repensar en este escrito la importancia del detenimiento y la escucha para abordar estas vivencias.

Paisaje sonoro hospitalario y Musicoterapia ambiental

En cuanto a los sonidos que componen la atmósfera hospitalaria, se utilizará el concepto de paisaje sonoro, definido como “cualquier porción del entorno sonoro observado como campo de estudio” (Schafer, 2013, p. 370). El mismo está compuesto por los sonidos que existen en el entorno que son plausibles de ser percibidos, escuchados, analizados. El paisaje sonoro está determinado por cada contexto y es una experiencia subjetiva, siendo de interés para este trabajo la institución hospitalaria.

Existen diversas fuentes de ruido en el hospital, lo cual afecta tanto a pacientes, cuidadores, como al personal. Algunas fuentes percibidas son: conversaciones entre trabajadores, música o radio que escuchan éstos, sonidos de carros camillas o puertas, sonidos de alarma de los dispositivos (por ejemplo: respirador, monitor), televisores, ruidos en procedimientos médicos, sonidos de la enfermedad en sí (tos, vómitos, entre otros), padecimiento de pacientes y/o familiares frente al dolor o incomodidad (como sollozos y gritos). Éstos sonidos son omnipresentes y suelen percibirse en la mayoría de los casos como sonidos no deseados. Es así, que tanto el personal como los pacientes se convierten en una audiencia cautiva (Rosetti, 2020, p. 130-131). En cuanto a la experiencia de los pacientes, muchos refieren que los sonidos del entorno les producen dificultad para dormir, miedo, angustia e incertidumbre.

Rosetti se posiciona desde la EMT (Musicoterapia Ambiental) como propuesta de

intervención en estos contextos, entendiendo que la exposición constante a dicho paisaje sonoro transmite la necesidad de estar alerta, percibiendo de esta forma, el entorno hospitalario como potencialmente hostil. Para el presente escrito, se utiliza esta perspectiva para encauzar la lectura del contexto hospitalario en el HBEE.

Escucha hacia los pacientes del HBEE

En cuanto a la experiencia como residentes musicoterapeutas, se llevan a cabo intervenciones sonoro-musicales teniendo en cuenta esta información contextual y priorizando la escucha como un paso primordial, según las necesidades de cada paciente. Dicho posicionamiento se relaciona con la estética comunitaria hospitalaria, pensando en los diferentes modos en que las personas transitan los territorios. La estética es definida por Pellizzari (2011) como un conocimiento sensible, en donde prima el sentir, la captación sensorial, el afecto por sobre el pensamiento racional y analítico. La autora propone que “la sensibilidad puesta al servicio de la escucha es la base del pensamiento estético que gobierna nuestra disciplina “ (p. 57).

En el HBEE, los musicoterapeutas ingresan a la habitación de los pacientes internados, generalmente en duplas interdisciplinarias. Se ingresa en ocasiones, acompañados de un instrumento musical, lo cual muchas veces habilita otra posición del paciente para predisponerse a escuchar y ser escuchado.

Acercas de la escucha trabajada, es preciso señalar que el ser humano pone en escena en las producciones algo de su lugar en el mundo, de su relación con los otros y es así que se posibilitan los intercambios sonoros, si hay un musicoterapeuta disponible a acompañar (Belloc, 2009, como se citó en Labate, 2021). Esta percepción permite acompañar desde el respeto de un decir, donando oportunidad al silencio (Casal, 2022) y ofreciendo una escucha que muchas veces de por sí oficia de intervención (Labate, 2021). Al entrar a cada habitación en el HBEE, se toma en cuenta la presentación del paciente, el ambiente sonoro y visual y sus acompañantes, si se encuentran allí. Se conoce su historia, los gestos, las miradas, las esperas, su discurso, la cadencia y los ritmos singulares en su voz. También se considera la posibilidad de comunicación verbal o no, sus sonidos y silencios, pesquisando si estos son interrumpidos o respetados por familiares, trabajadores del hospital o incluso por el paciente de la cama contigua dentro de la misma habitación. Contemplando esta información, es que se llevan adelante experiencias sonoras que acompañan sus modos de existencia y su proceso de salud durante la internación. Es así que, desde esta forma de escucha analítica (Belloc, 2009), se acompaña a que el sujeto sea protagonista de hacer y decir e historiador de su propia

producción.

La intervención sonora musical "atraviesa muros" dado el contexto institucional. Es habitual escuchar comentarios de pacientes que escuchan a los musicoterapeutas al momento de intervenir en habitaciones contiguas. La intervención musicoterapéutica modifica el paisaje sonoro, por lo cual no es inocua. Los autores del escrito se detienen a pensar las intervenciones y reconocer cuándo es oportuno realizar las mismas, teniendo en cuenta la singularidad y las necesidades de cada paciente atendido.

Esta escucha no se detiene únicamente en el usuario atendido, sino que se expande. En general, las habitaciones suelen ser compartidas por dos usuarios. Por lo tanto, si es pertinente y el paciente lo desea, se llevan a cabo intervenciones en conjunto con el paciente de la cama contigua y con la persona que acompaña. En este sentido, se tiene en cuenta el concepto de escucha ampliada, horizontal y plural a través del cual se propone una praxis que incluye al contexto del sujeto con padecimiento psíquico, a su familia, su comunidad y los equipos profesionales involucrados en su atención (De la Sovera, 2019, como se citó en Labate, 2021). Hay ocasiones en las cuales se interviene en conjunto con enfermería, por ejemplo.

Por su parte Pellizzari y Rodríguez (2019) refieren sobre la escucha que “desarrollar esta aptitud abierta y desprejuiciada nos parece condición ética imprescindible para alojar a otro en un circuito de autenticidad. La escucha proporciona también la receptividad necesaria para captar los territorios expresivos singulares de cada paciente” (p. 337). Detener la escucha ante hechos disruptivos y situaciones críticas para cada quien, construir un tiempo y un espacio sensibles dentro de un hospital de alta complejidad, es parte de la práctica cotidiana llevada a cabo dentro de la residencia. Así, las intervenciones sonoro-musicales se crean teniendo en cuenta la historia de cada paciente atendido.

En este sentido, hace dos años, los residentes de la RISaMC escucharon la demanda del HBEE y se compartió un encuentro con la comunidad en la sala de espera en el día de la seguridad del paciente. Se compuso un jingle por parte de todos los residentes en el cual se abordaron los derechos del paciente con respecto a su salud y la atención en instituciones. El mismo fue compartido en la sala de espera con pacientes que aguardaban turnos, se ofrecieron instrumentos musicales para fomentar la participación del mismo y también la letra impresa para quienes quisieran participar con sus voces; posterior a ello, fueron invitados a realizar una devolución escrita sobre esta actividad de promoción de la salud. Se dio lugar a las voces de los pacientes no sólo de forma cantada, sino que también hablada y escrita. Se podría leer este espacio como parte de un trabajo vivo, en el cual los trabajadores de la salud reinventaron su autonomía

en la producción de actos de salud (Merhy, 2006). El autor refiere que en esa relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, se construye el sentido para ambos. El lugar de la RISaMC, sin dudas, sostiene desde sus orígenes un sentido interdisciplinario y comunitario.

Escucha interdisciplinaria e institucional con sus tensiones (y reposos)

Esta escucha trasciende y se defiende diariamente entre los residentes de la RISaMC del HBEE. Abramovici (2016) menciona el concepto de polifonía, como la capacidad que tiene el discurso musical de “alojar y articular múltiples líneas de significado al mismo tiempo” (p. 59). En este sentido, se puede comparar el hacer musical con el trabajo interdisciplinario, como una construcción colectiva, en el cual los discursos disciplinares se interrelacionan generando multiplicidad de sentidos. Para el autor “la capacidad de articular voces paralelas posibilita simbolizar, en presencia, la vida inter-subjetiva” (ob. cit.). Es decir, esta pluralidad de voces, permite una mirada y escucha integrales desde las subjetividades puestas en juego de los profesionales.

La escucha interdisciplinaria no se genera únicamente en acto, es decir, en las habitaciones con los pacientes internados, sino que también se elabora diariamente antes y después de cada entrevista. Se inventa el tiempo para llevarla a cabo por los residentes. Luego de haber compartido una primera escucha de manera interdisciplinaria, se conversa respecto de cómo continuar, en el caso de que el paciente atendido permanezca de manera prolongada en el hospital. La pluralidad de escuchas -polifonía- se ponen en juego para llevar adelante las siguientes intervenciones. Cabe aclarar que si bien confluyen diversos posicionamientos y marcos teóricos con sus tensiones aparejadas, se busca y se encuentra la manera de priorizar la salud del paciente.

En relación a lo institucional, se escuchan demandas por parte de trabajadores del HBEE que intentan ser alojadas por los residentes. Algunos ejemplos para ello son: el espacio llevado adelante entre la residencia de clínica médica y la RISaMC para conversar sobre temáticas de consumo; los encuentros de “Música como lazo”, en el cual se involucraron tanto trabajadores como pacientes del hospital para favorecer la expresión y los vínculos sociales; y por último, la celebración espontánea del día del médico y del enfermero de parte de los residentes musicoterapeutas. Desde una sensibilidad puesta al servicio de una escucha emancipada de sentidos obvios (Barthes, 1986, como se citó en Labate, 2021), se percibe el agotamiento por parte del personal y la necesidad de espacios de expresión y distensión. Esta forma de escucha “no presupone, sino que se aloja en busca de desestabilizar el saber fijado y poner a trabajar al sujeto en su

reconstrucción; haciendo vacilar lo obvio, lo automático” (Labate, 2021, p. 7). Ser permeables a este tipo de escucha permite realizar intervenciones que rompen con el cotidiano, habilitando espacios diferentes en contextos caracterizados por la monotonía.

Sin embargo, actualmente estos encuentros no se están llevando adelante, dado que los tiempos institucionales requieren de organización y consenso. Surge la pregunta en este caso acerca del silenciamiento. ¿Por qué no es posible la continuidad de estos espacios? ¿Será que se prioriza la atención de los residentes hacia los pacientes en internación únicamente? ¿Influirá en esta decisión la política institucional de *no hacer ruido*, tanto en un sentido literal como metafórico? Surge el interrogante acerca de la no distracción de otras actividades, como por ejemplo, el momento en que los pacientes son llamados por turnos para recibir una consulta; o también para no llamar la atención en un contexto en que se busca silenciar la salud mental y modificar la ley en cuestión, concluyendo en la invisibilización de la RISaMC.

Teniendo en cuenta estas tensiones institucionales, se concibe la escucha entre residentes desde el concepto de escucha integral descrito por Kinigsberg (2011) como la capacidad de escucharse a uno mismo, a otros y hacerse escuchar. Si confluyen estas tres, se abre una novedad, la cual requiere de tiempo. Ésta implica una relación con el registro, una posición de apertura y la posibilidad de brindar valor a lo diferente y a lo propio. Es menester mencionar la invención de un espacio nuevo de parte de los residentes: un día semanal destinado al intercambio interdisciplinario como parte de la formación. El mismo fue pensado, construido y gestionado por éstos. Dicho posicionamiento compartido de la RISaMC implica “hacer del mundo del trabajo, en su micropolítica, un lugar para tornar estas intencionalidades e implicaciones en elementos explícitos” (Merhy et al., 2006, p. 158). En primer lugar, la escucha de uno mismo se puede entender desde el lugar del residente, reconociendo y registrando la propia práctica. En una segunda instancia, es indispensable conocer y prestar oído al otro -en este caso como compañeros residentes-. Por último, la importancia de hacerse escuchar, posibilita la confluencia de diversos discursos, respecto de qué fue lo escuchado y cómo atravesó a quien escucha, validando la expresión de cada uno. Al respecto, para Stolkiner (2005) la interdisciplina sucede a merced de una acción cooperativa de parte de los trabajadores de la salud y de un particular esfuerzo metódico de articulación.

Conclusiones

Durante la experiencia como residentes musicoterapeutas en la RISaMC, se evidencia que la escucha es una herramienta fundamental a la hora de habitar, comprender y transformar los diferentes espacios institucionales transitados.

Se concibe el paisaje sonoro como parte de la experiencia total del contexto hospitalario, el cual impacta tanto en los pacientes como en el personal de salud. Es tarea de cada musicoterapeuta asumir la responsabilidad del paisaje sonoro en su totalidad y no sólo del entorno musical (Ruud, 2010, como se citó en Weymann, 2017), dado que la musicoterapia puede transformarlo desde una perspectiva más humanizada. Por este motivo, ejercer escucha es respetar un decir y donar oportunidad al silencio (Casal, 2022), pesquisando qué recortar y priorizando las necesidades de cada persona, recordando que la música no es inocua y que se debe tener una lectura certera del momento a realizar una intervención, para evitar la iatrogenia y no cargar el entorno de sonidos sin sentido.

No dejan de ser un obstáculo las medidas de silenciamiento, principalmente, el cierre de la RISaMC. Dicho panorama afecta en la escucha cotidiana de los residentes en la atención, entre compañeros mismos e incluso en la continuidad laboral.

La pregunta en estos tiempos es sobre cómo sostener y promover diversas posibilidades de escucha en un contexto de silenciamiento. Se cree que, para enriquecer el trabajo diario dentro del ámbito y batallar contra estas medidas, hay que intentar entender a la interdisciplina desde el concepto de polifonía de Abramovici (2016), promoviendo la escucha integral (Kinigsberg, 2011) como un proceso que permite enlazar diversas escuchas, miradas y posiciones sin invitar a la rivalidad, sino más bien, atendiendo a la manifestación de potencia (Stolkiner, 2005).

Se concluye, entonces, que dado el contexto actual de vaciamiento nacional, la escucha musicoterapéutica e interdisciplinaria puede constituirse como una producción de cuidado (Merhy et al., 2006), resistencia y de sensibilidad dentro de la alta complejidad hospitalaria. Se defiende la sensibilidad puesta al servicio de la escucha (Pellizzari, 2011) como un posicionamiento ético-político de acompañar lo disruptivo, dando lugar a las singularidades.

Referencias

- Abramovici, G. (2016). Principios de Analogía y Polifonía en el Estudio de Casos. *Revista ECOS*, (2), 56-66.
- Belloc, E. (28 de agosto de 2009). *Conferencia de Elcira Belloc* [Desgrabación de conferencia]. IV Jornadas de Musicoterapia del Hospital de Niños Dr Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.
- Casal, V. (2022). La voz ahogada. De lo inaudito a la potencia. En M. Cao Gené (Comp.), *Ecos del horror* (63-80). Editorial Raíces.
- Kinigsberg, F. (2011). La escucha como producción de salud. En P. Pellizzari (Comp.), *Crear salud* (107-129). Editorial ICMUS.
- Labate, M. E. (2021). *Clínica del detalle en clave de escucha musicoterapéutica*. Trabajo final de Musicoterapia en el Área de Internación del HNRG.
- Ley 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Ministerio de Justicia de la Nación Argentina. B.O. 25 de noviembre de 2010.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Merhy, E. E., Macruz Feuerwerker, L. C., & Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120204>
- Murray Schafer, R. (2013). *El paisaje sonoro y la afinación del mundo*. Ed. Intermedio.
- Pellizzari, P. (2011). *Crear Salud. Aportes de la musicoterapia preventiva-comunitaria*. Buenos Aires: Editorial ICMUS.
- Pellizzari, P. & Rodríguez, R. J. (2019). *Salud, escucha y creatividad*. Ed. Universidad del Salvador.
- Rosetti, A. (2020). Environmental Music Therapy (EMT): Music's Contribution to Changing Hospital Atmospheres and Perceptions of Environments. *Music & Medicine*, 12(2),

130-141. mmd.iammonline.com

Stolkiner, A. (7 y 8 de octubre de 2005). *Interdisciplina y salud mental* [Conferencia]. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. Misiones, Argentina.

Weymann, E. (7 de diciembre de 2017). *Soundscapes in Hospitals - Music Therapy Perspectives* [Conferencia]. 13th International Workshop on Computer Music and Audio Technology (WOCMAT). HsinChu City, Taiwan.