

RESEARCH | PEER REVIEWED

¿Quiénes son los Musicoterapeutas en México y Cómo Ejercen?

Una Encuesta Online de Profesionales y Estudiantes

Eugenia Hernandez-Ruiz ^{1*}, Jill Sullivan ¹

¹ School of Music, Dance and Theatre, Herberger Institute of Design and the Arts, Arizona State University, USA

* Eugenia.Hernandez.Ruiz@asu.edu

Received 22 September 2022; Accepted 4 September 2023; Published 1 November 2023

Editor: Susan Hadley

Reviewers: ezequiel bautista, Gabriela Asch-Ortiz

Resumen

La musicoterapia en México tiene una historia limitada, con esfuerzos aislados para establecer la disciplina, falta de programas universitarios y conocimiento público limitado de la profesión. Dada la falta de investigación sobre la musicoterapia en México, implementamos una encuesta cuantitativa en línea para comprender el estado de la práctica de la musicoterapia, invitando a cualquier musicoterapeuta que se identificara como tal y que hubiera practicado entre 1997 y 2022. Una pequeña muestra de musicoterapeutas autoidentificados ($N = 33$, incluyendo musicoterapeutas en ejercicio y estudiantes) respondió a la encuesta. Esta muestra parece representativa de los practicantes en el país. El nivel educativo de los musicoterapeutas fue muy variado, desde ningún título universitario (en ninguna disciplina) hasta maestría en musicoterapia, obtenida en una institución extranjera. La mayoría de los practicantes ($n = 20$) informaron no tener un título universitario en musicoterapia. De acuerdo a nuestros resultados, los musicoterapeutas que trabajan en México atienden necesidades similares y en ambientes similares que otros musicoterapeutas en el mundo. Los enfoques de musicoterapia más utilizados son un modelo de musicoterapia humanista desarrollado en México y el método Bonny de Imaginación Guiada y Música (GIM, por sus siglas en inglés), siendo los métodos receptivos los más comúnmente utilizados. Los adultos jóvenes con necesidades de salud mental, con financiamiento propio o familiar, son la clientela más común. Los costos, la duración del tratamiento y la duración de la sesión son comparables a otras terapias en el país, pero el ingreso por esta práctica es muy limitado. Alrededor de dos tercios de los profesionales reciben supervisión, y la mayoría utiliza varios métodos de documentación. Consideramos que México muestra una disciplina emergente, con profesionales que muestran optimismo, compromiso y entusiasmo por la profesionalización de la musicoterapia en México. Se incluyen sugerencias para esfuerzos organizacionales y apoyo de otros países.

Palabras clave: México; disciplina emergente; desarrollo de la musicoterapia

Posicionalidad de los Autores

Yo (Eugenia Hernández Ruiz) soy musicoterapeuta mexicana, con licenciatura en composición y teoría de la música por el Trinity College London y el Centro de Investigación y Estudios Musicales, A.C. (México), y maestría con programa de equivalencia y doctorado en musicoterapia por la Universidad de Kansas. Después de graduarme de la maestría en el 2004, regresé a México, creé una agencia de musicoterapia, y practiqué como musicoterapeuta clínica de tiempo completo en la Ciudad de México hasta el 2014, momento en el que volví a viajar a la Universidad de Kansas para completar mi doctorado. He sido profesora en Arizona State University desde el 2018, y continúo ofreciendo servicios en México de musicoterapia en línea y ocasionalmente en persona, así como realizando investigación de musicoterapia. Estoy muy interesada en el desarrollo de la musicoterapia en mi país, y después de completar el presente estudio, fui invitada para servir en el Consejo Directivo de la Asociación de Musicoterapeutas en México (AMME). Trabajo colaborativamente con los profesionales en el país de varias formas, entre ellas coordinando la Comisión de Formación Profesional de la AMME (2023-2026) para crear los lineamientos de capacitación y formación en el país que apoyen los programas universitarios en México. Estoy consciente de que mis experiencias únicas como musicoterapeuta con doctorado y profesora, entrenada en EE.UU., sesgan mis opiniones de la profesionalización de la musicoterapia hacia estándares internacionales, hacia la formación universitaria como elemento fundacional de la disciplina, y hacía esperar altos niveles de musicalidad como requisito indispensable para convertirse en musicoterapeuta profesional. Creo firmemente que sólo el nivel más alto de estándares clínicos y éticos permitirán que la profesión se desarrolle y que el público esté protegido. Por otro lado, mi experiencia personal y familiar de tener que salir de mi país en dos ocasiones para lograr la mayor capacitación en mi profesión, así como el esfuerzo que establecer una práctica clínica donde no existe reconocimiento profesional, me han sensibilizado a los retos de convertirse en musicoterapeuta en México. Como una persona de piel relativamente clara con acceso a educación superior en mi país y en el extranjero, estoy consciente de que mi perspectiva es privilegiada y limitada. Como mujer, soy sensible a la discriminación, violencia y acceso limitado a las oportunidades políticas y económicas que muchas mujeres experimentan en mi país. Mi educación científica influyó mi pensamiento hacia un abordaje objetivista de la investigación. Sin embargo, mi participación prolongada en una organización no lucrativa que trabajaba en contra de la violencia doméstica desde una perspectiva humanista, sistémica y feminista ha influenciado grandemente mi trabajo. Todas estas experiencias personales y profesionales han hecho de mi acercamiento al trabajo académico y la investigación un proceso complejo. Intentó integrar diferentes perspectivas, metodologías y objetivos, con la comprensión de que la creación de conocimiento es un esfuerzo continuo de muchos actores. Mi meta principal con este proyecto es poner mis fortalezas, conocimientos y experiencia compleja al servicio de la profesión en mi país. De esta forma, espero facilitar el acceso a la profesión a futuros estudiantes.

Yo (Jill Sullivan) soy una mujer blanca, cisgénero. Soy profesora de Aprendizaje y Enseñanza de la Música en Arizona State University. Soy académica feminista, historiadora e investigadora cuantitativa. He publicado un artículo histórico sobre musicoterapia en el *Journal of Music Therapy*. Mi interés en la investigación actual es únicamente como un estudio de estado de la musicoterapia en México. Aporté mi experiencia en investigación de encuestas y apoyé el análisis de los resultados y la edición del manuscrito. He investigado y publicado acerca de los inicios de la musicoterapia en los Estados Unidos y

actualmente conozco el profesionalismo de esta disciplina que se ha desarrollado desde sus inicios con la comunidad médica y militar en los 1940s. Tengo enorme respeto por los programas de musicoterapia en los Estados Unidos. Los considero ejemplo a seguir para cualquier programa académico, servicios de salud comunitarios, así como colaboraciones en ámbitos médicos y escolares desde kindergarten hasta preparatoria en Estados Unidos. Mi conocimiento y admiración de la profesión, educación, y certificación de musicoterapia en los Estados Unidos podría ser mi sesgo y podría haber influido algo de mi pensamiento conforme apoyaba en el diseño de esta encuesta y en la interpretación de sus resultados.

Introducción

La musicoterapia como profesión tiene una historia importante, particularmente en países donde se ha establecido a nivel universitario (es decir, con programas de licenciatura a doctorado en musicoterapia), con organizaciones profesionales de larga trayectoria, estándares de práctica clínica y códigos de conducta profesional, así como certificaciones de consejo y licencia (Kern & Tague, 2017). Sin embargo, el desarrollo de la profesión no ha sido homogéneo entre países y regiones del mundo (Kern & Tague, 2017; World Federation of Music Therapy [WFMT], s.f.). En algunos países, la práctica de la musicoterapia ha alcanzado al menos regulación estatal y es considerada una profesión de la salud, por ejemplo, Austria (Böhm-Oppinger, 2015), Argentina (Ley No. 27.153, 2016), Latvia (Paipare, 2015), Panamá (WFMT, s.f.), y los E.U.A. (American Music Therapy Association [AMTA], 2022). Aunque algunos países sólo recientemente han establecido programas de grado universitario, éstos han alcanzado la regulación legal y el reconocimiento nacional como profesión de cuidados de la salud muy rápidamente, como Latvia (Paipare, 2015) y Panamá (Comité Latinoamericano de Musicoterapia [CLAM], 2021). Algunos países lograron, o están logrando, avances importantes en el reconocimiento oficial y la legislación en los últimos años, por ejemplo Argentina (Ley No. 27.153, 2016), y Brazil (Associação Portuguesa de Musicoterapia, 2022). Otros países, a pesar de tener carreras universitarias con una antigüedad considerable, aún no cuentan con una legislación de ejercicio profesional como España, por ejemplo, (Sabbatella & Mercadal-Brotons, 2014). En otros países y continentes, la práctica clínica se muestra en formas muy variadas (p. ej., talleres, sesiones únicas, programas de escucha de música) y es implementada por profesionales con distintos niveles de formación, como en algunos países de África (Smith, 2023; WFMT, s.f.). Otros países, a pesar de tener pequeños grupos de musicoterapeutas profesionales, no cuentan con programas universitarios que brinden un título en musicoterapia, la musicoterapia apenas se reconoce como profesión y el conocimiento público de las calificaciones para convertirse en musicoterapeuta es limitado (Ecuador, CLAM, 2021; WFMT, s.f.). Estos ejemplos muestran que la musicoterapia en el mundo se encuentra en diferentes etapas de desarrollo y profesionalización.

Comprender el estado de una profesión en un país es importante para facilitar conversaciones que permitan el desarrollo de estándares de práctica para protección del público, la planificación y el establecimiento de programas educativos para educar a profesionales bien capacitados, y el reconocimiento público de la profesión (Certification Board for Music Therapists [CBMT], s.f.; CLAM, 2021). Para los musicoterapeutas que ya ejercen, contar con normas y pautas éticas para la formación y la práctica clínica favorece el desarrollo profesional, el reconocimiento laboral, un mayor potencial de ingresos y la permanencia en el campo (AMTA, 2022; CBMT, s.f.; Vega, 2010). En países donde la regulación es limitada o inexistente, entender el estado la práctica clínica es esencial para promover la legislación, crear programas universitarios y opciones de formación profesional, y abogar por la profesión. Más aún, los estándares profesionales y la regulación apoyan la práctica profesional ética que protegen al público del uso inapropiado o abuso de las intervenciones musicales (CBMT, s.f.; WFMT, s.f.).

Musicoterapia en México

México es un país con una historia limitada respecto a la musicoterapia, y una historia que está escasamente documentada. Al igual que en otros países sin programas universitarios de musicoterapia (WFMT, s.f.), la práctica clínica en México ha evolucionado a través del trabajo de profesionales dedicados con capacitación limitada, títulos internacionales o enfoques creados por ellos mismos (AMME, s.f.). Sin pretender ser un relato histórico, la evidencia inicial muestra que los primeros esfuerzos para establecer programas de musicoterapia en México incluyeron el trabajo de Consuelo Deschamps, José Guillermo Villegas, Mariela Petraglia, Esther Murow y Víctor Muñoz Polit en la década de los 1980s (Asociación de Musicoterapeutas en México [AMME], s.f.). La formación de cada uno de estos profesionales es variada, algunos de ellos con títulos universitarios en musicoterapia (de instituciones extranjeras) y otros, desarrollando su propio enfoque en el uso de la música para la psicoterapia (AMME, s.f.). Algunos musicoterapeutas capacitados internacionalmente contribuyeron al desarrollo de la profesión en México brindando capacitaciones de corto plazo (p. ej., the Bonny Method of Guided Imagery and Music training de Ginger Clarkson, ca. 2004–2006). Otros profesionales, en su mayoría formados en el extranjero, han desarrollado prácticas clínicas desde principios de la década de 2000 hasta el momento actual. En 2018 se constituyó legalmente la primera asociación nacional de musicoterapia, la Asociación de Musicoterapeutas en México (AMME, s.f.).¹

Más recientemente, con el surgimiento de las redes sociales, la musicoterapia ha aparecido en el discurso público en México. Hemos observado informalmente que el término “musicoterapia” se usa más frecuentemente en las redes sociales, que más personas están interesadas en cursos y presentaciones, y que más profesionales están ofreciendo servicios de musicoterapia que en la década anterior. Además, un estudio reciente sobre la formación en musicoterapia en América Latina encontró que existen varios programas de formación no oficiales en el país (CLAM, 2021) con un número creciente de estudiantes y graduados. Sin embargo, hasta donde sabemos, ningún estudio ha investigado el estado de la práctica clínica de la musicoterapia en este país.

Objetivos y Preguntas de Investigación

En un esfuerzo por contribuir a la conversación profesional de la musicoterapia en México con información sistemática basada en la investigación, este estudio de encuesta tuvo como objetivo (1) identificar el perfil educativo y demográfico de los profesionales que se identifican a sí mismos como musicoterapeutas en México, y (2) crear un retrato inicial de la práctica clínica de la musicoterapia en este país. Las preguntas de investigación específicas se dividieron en cinco secciones principales. La primera sección presentó preguntas demográficas (es decir, edad, género, nacionalidad, lugar de residencia, instrumento musical principal). La segunda sección recopiló información sobre la formación educativa en musicoterapia (es decir, título universitario en cualquier disciplina; institución que otorgó el título; título en musicoterapia; otras formaciones; horas clínicas durante la formación; enfoque de musicoterapia aprendido durante la formación) de los encuestados. La tercera sección identificó las condiciones laborales (es decir, grupos/necesidades atendidas, entornos, referencias laborales, número de horas clínicas, ingresos de la práctica de la musicoterapia). Una cuarta sección recopiló información específica sobre la práctica clínica de musicoterapia (es decir, enfoques de musicoterapia utilizados en la práctica, referencias, supervisión y documentación). Finalmente, una quinta sección exploró las actitudes y creencias hacia la musicoterapia en México (p. ej., confianza en la formación, conciencia pública de la musicoterapia, confianza en las habilidades musicales de los musicoterapeutas, percepciones de la formación en musicoterapia). Consideramos que todos los apartados, excepto el cuarto, se refieren al primer objetivo, que es identificar quiénes son los musicoterapeutas en México. La cuarta

sección se refiere al segundo objetivo, que es entender cómo se implementa la práctica clínica de la musicoterapia en México.

Método

Diseño de Investigación

Realizamos un estudio descriptivo con una encuesta cuantitativa en línea. La encuesta incluyó preguntas abiertas (p. ej., “otro: ___”) para permitir que los participantes proporcionaran respuestas libres en la mayoría de los ítems. También incluimos una pregunta abierta final para abordar cualquier otra preocupación o comentario que los participantes pudieran tener (*¿Hay algo más que te gustaría que supiéramos?*). Esta última fue analizada con análisis temático a pesar de la cantidad limitada de respuestas.

Participantes

Nuestra muestra consistió en profesionales y estudiantes que se identificaron a sí mismos como musicoterapeutas y que habían practicado en México en cualquier momento dentro de los últimos 25 años, o que actualmente estaban inscritos en algún “diplomado”² o curso de musicoterapia en México. La publicación de reclutamiento en redes sociales (Facebook®, Instagram® y Twitter®) presentó variaciones de la siguiente frase: “Si te identificas como musicoterapeuta y estás trabajando/has trabajado en México entre 1997 y 2022, queremos saber más acerca de ti.” La publicación también se compartió en las redes sociales del CLAM y la Red Latinoamericana de Musicoterapia (Latin American Music Therapy Network) porque éstas son redes que los musicoterapeutas que han practicado en México siguen o a las cuales pertenecen. También enviamos invitaciones por correo electrónico a los miembros de la Asociación Nacional de Musicoterapeutas en México, la AMME.

Diseño del Instrumento

Este estudio descriptivo de encuesta utilizó un cuestionario en línea de 42 ítems presentado a los participantes a través del software Qualtrics™. Para desarrollar la encuesta, revisamos instrumentos anteriores con temas similares (Kern et al., 2013; Kern & Tague, 2017; Sabbatella, 2003; Sabbatella & Mercadal-Brotons, 2014). Las preguntas sobre información demográfica, nivel educativo, condiciones de trabajo y escalas de actitud se tomaron de Kern y Tague (2017). Preguntas respecto a la práctica clínica fueron adaptadas de Sabbatella (2003). Estos recursos fueron utilizados como modelos ya que son algunas de las encuestas internacionales más comprensivas acerca de la práctica de la musicoterapia (Kern & Tague, 2017) o fueron implementadas en un país de habla hispana con similitudes en el desarrollo de la musicoterapia (Sabbatella, 2003).

Esta encuesta fue creada en inglés ya que la segunda autora y la consultante son angloparlantes. La primera autora (cuyo primer idioma es el español) tradujo y adaptó al inglés los ítems de Sabbatella (2003) para este primer paso. Después, la segunda autora revisó y aconsejó respecto a todos los ítems. La consultora externa, musicoterapeuta con experiencia en investigación organizacional y encuestas nacionales, realizó una prueba preliminar de la encuesta y brindó retroalimentación como encuestada y como diseñadora. Los comentarios de la consultora sobre el contenido, el formato y la validez se incorporaron a un nuevo borrador. Una vez que la encuesta estuvo terminada, la primera autora tradujo cada ítem al español y lo adaptó con atención al lenguaje y al contexto. La versión en español se piloteó con dos musicoterapeutas ejerciendo en México. Estas últimas proporcionaron comentarios sobre la legibilidad, las limitaciones y la inversión de tiempo. Las sugerencias fueron incorporadas a la versión final.

Las principales áreas de interés, tal como se describen en nuestras preguntas de investigación, incluyeron (1) información demográfica de los participantes (2) niveles educativos y capacitaciones, (3) condiciones laborales de los musicoterapeutas en ejercicio, (4) características de la práctica clínica en México y (5) actitudes y creencias hacia la musicoterapia en México y hacia la pertenencia a asociaciones profesionales. Los formatos de las preguntas incluyeron ítems de opción múltiple con selección de respuestas únicas y múltiples, texto de una sola línea para respuestas cortas, preguntas de orden de clasificación, escalas de actitud tipo Likert y respuestas tipo ensayo breve para las preguntas abiertas. Todas las preguntas con la opción de responder “otro” presentaron un espacio en blanco para respuestas libres. Algunas preguntas (p. ej., edad, años de práctica, número de horas de práctica clínica) se recopilaron como variables de intervalo para permitir análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. El cuestionario está disponible solicitándolo a la primera autora.

Procedimiento

Esta encuesta contó con la aprobación para sujetos humanos del Comité de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de la universidad en la que laboran los autores (estudio n.º 00015813), quien se aseguró de que la encuesta cumpliera con las pautas de investigación internacionales. La primera autora publicó el volante en redes sociales cada cinco días durante seis semanas. Un miembro del personal de la AMME distribuyó un correo electrónico de reclutamiento aprobado a todos sus miembros, con dos recordatorios. También se distribuyó a los miembros de AMME una publicación de video de la primera autora invitando a los miembros a responder. La encuesta estuvo abierta del 8 de abril al 31 de mayo de 2022.

Las publicaciones en redes sociales y los correos electrónicos contenían un enlace que proporcionaba total anonimato a los participantes de la encuesta y que los dirigía a la encuesta de Qualtrics^{MR}. La participación fue voluntaria. Después de leer el consentimiento informado en línea, los participantes tenían la opción de “aceptar” y ser dirigidos a la encuesta. La encuesta requirió entre 30 a 45 minutos para completarse. Todos los datos se agregaron y descargaron para su análisis.

Análisis de Datos

Las autoras discutieron y acordaron las mejores prácticas para el análisis de datos. La primera autora depuró los datos para excluir las respuestas inválidas (es decir, respuestas en blanco o texto sin sentido “xiksjoijf”) y realizó estadísticas descriptivas (media, mediana, moda y desviación estándar, cuando era posible, y porcentajes para todos los ítems). Los porcentajes se calcularon por ítem. Las preguntas abiertas se analizaron a través de análisis temático breve (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013): (1) leyendo las respuestas varias veces, (2) encontrando temas esenciales entre participantes, (3) reportando los resultados y número de participantes que respondieron de esa forma. Debido al número limitado de respuestas ($N = 33$), no fue posible realizar estadísticas inferenciales ni un análisis cualitativo más profundo.

Resultados

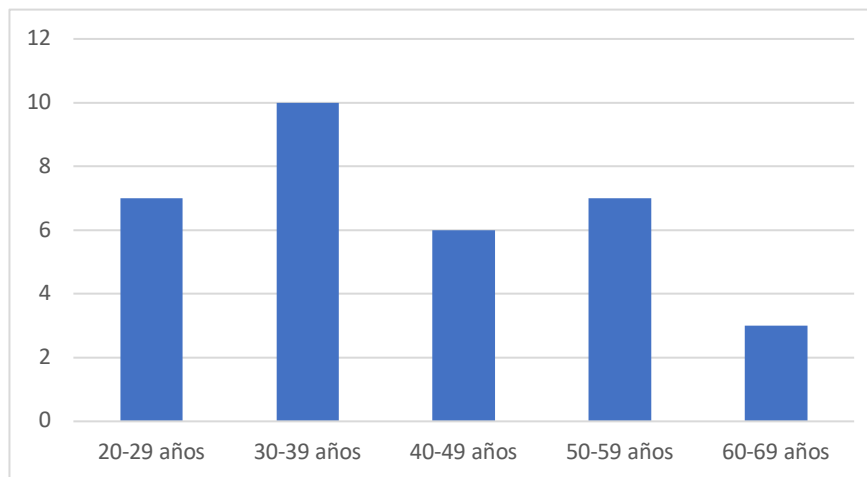
Recibimos un total de 37 respuestas en la encuesta. Sin embargo, excluimos cuatro respuestas porque: (1) el software Qualtrics y nuestro análisis indicaron que dos participantes respondieron dos veces (excluimos una para cada uno)³; (2) tuvimos una respuesta en blanco (sin respuestas después del consentimiento informado); y (3) un participante respondió que actualmente ejercía en un país diferente a México, y no había indicios de que hubiera practicado en México en ningún momento⁴. De las 33 respuestas

retenidas, 25 encuestados indicaron ser musicoterapeutas en ejercicio, y ocho participantes se identificaron como estudiantes de musicoterapia (es decir, actualmente están inscritos en un diploma o curso) y que actualmente no ejercen. Los ítems respecto a las condiciones laborales y a la práctica clínica sólo estuvieron disponibles para los musicoterapeutas en ejercicio. Una primera pregunta después de las preguntas demográficas y de educación preguntó si los participantes habían tenido práctica clínica profesional en musicoterapia en México entre 1997 y 2022. Si la persona respondía afirmativamente, la encuesta le presentaba todas las preguntas. Si no, el software redirigía al participante hacia la sección de Actitudes y Creencias. De los 25 musicoterapeutas profesionales, siete participantes no respondieron a todos los ítems de la encuesta. Por estas razones, compartimos el número de respuestas válidas para cada pregunta. Los porcentajes se calcularon en relación con el número de respuestas para cada pregunta, y no respecto a la muestra total.

Información Demográfica

Edad y Género ($N = 33$). La edad media de los participantes fue de 41.8 años ($DE = 12.45$, rango de 23 a 67). Aproximadamente la mitad de los participantes ($n = 17$) tiene 39 años o menos (consulte la Figura 1 para ver la distribución de frecuencias por grupos de edad). Se solicitó a los participantes seleccionar su género a partir de las siguientes opciones: femenino, masculino, femenino transgénero, masculino transgénero, género variable/no conforme/no-binario, otro, prefiero no contestar. Si los participantes elegían “otro”, un espacio en blanco permitía dar una respuesta libre. Los participantes se autoidentificaron como femenino (51.5%) y masculino (48.5%). No se mencionaron ni seleccionaron otros identificadores de género.

Figura 1. Distribución por Grupo de Edad de los Musicoterapeutas en México.



Nacionalidad y Lugar de Residencia (Nacionalidad, $N = 32$ respuestas. Lugar de residencia, $N = 32$ respuestas, pero sólo 21 claramente identificables). La nacionalidad de los participantes fue principalmente mexicana ($n = 27$; 84.4%) y argentina ($n = 4$; 12.5%), con otras dos nacionalidades de Sudamérica mencionadas. Se preguntó a los participantes su estado y país de residencia actual. La mayoría de los participantes viven en el centro de México: Ciudad de México ($n = 7$; 21.9 %), Estado de México ($n = 3$; 9.4 %) y Morelos ($n = 3$; 9.4 %). Otros participantes ($n = 7$) indicaron su lugar de residencia en otros cinco estados y en un país extranjero⁵. Doce participantes (36.4%) respondieron “México” como lugar de residencia. Como no estaba claro si se referían a la Ciudad de México, Estado de México (uno de los estados de la república) o México (país), no se incluyen en los porcentajes anteriores.

Educación y Capacitación

Ejecución Instrumental (N = 32). Los encuestados señalaron un promedio de 19.6 años de experiencia tocando su instrumento ($DE = 15.3$; rango de 0 a 59). Cuatro participantes que se identifican como musicoterapeutas en ejercicio indicaron que no tocan ningún instrumento. Otros dos musicoterapeutas en ejercicio indicaron tener menos de 5 años de experiencia tocando su instrumento.

Nivel Educativo Superior Obtenido en Cualquier Disciplina (N = 32). Los encuestados indicaron que su grado educativo más alto en cualquier campo era: Sin título universitario ($n = 3$; 9.4%); licenciatura ($n = 18$; 56.3%) y maestría ($n = 9$; 28.1%)⁶. Dos participantes (6.3%) indicaron un título de maestría, pero después de una mayor investigación de otras respuestas (por ejemplo, la institución donde obtuvieron el título) se observó que esos programas no constituían un grado de maestría. Es importante señalar que dos de los participantes sin título universitario se autoidentifican como musicoterapeutas en ejercicio, y otro es un estudiante inscrito en un diplomado en musicoterapia.

Grado Universitario en Musicoterapia (N = 29). Tres encuestados (10.3%) reportaron tener una licenciatura en musicoterapia y uno (3.4%) una maestría en musicoterapia, todos de instituciones extranjeras. Cinco participantes (17.2%) indicaron maestría en musicoterapia de instituciones que no la ofrecen⁷. En este caso, no fue claro si los participantes no entendieron la pregunta o si consideraron su formación como un título universitario en musicoterapia. La mayoría de los participantes ($n = 20$, 69%) indicó no tener título universitario en musicoterapia. De estos últimos, nueve participantes indicaron tener un “máster” no oficial en musicoterapia; tres participantes reportaron un “diploma” en musicoterapia; uno tenía una “especialidad”; y siete no especificaron su formación.

Práctica Clínica Supervisada con un Musicoterapeuta durante su Formación (N = 20). Este ítem preguntó a los participantes el “número de horas durante la formación clínica supervisada por un musicoterapeuta profesional (es decir, un musicoterapeuta con un título universitario en musicoterapia)”. Los participantes indicaron un promedio de 212 horas de práctica clínica durante su formación, con una mediana de 135 y un rango de 0 a 1600. Los números más altos (es decir, 500, 500 y 1600) correspondieron a los tres participantes con grado de licenciatura en musicoterapia. Es importante señalar que todos los encuestados indicaron haber recibido supervisión de un musicoterapeuta con título universitario en musicoterapia durante su formación. Sin embargo, la mayoría de estos encuestados se formaron en México, en diplomados no oficiales, algunos con profesionales que no cuentan con títulos universitarios en la disciplina. Los autores no tienen claro si los participantes malinterpretaron la pregunta o si desconocen este hecho.

Enfoque de musicoterapia durante el entrenamiento (N = 24). Los participantes recibieron una lista de los enfoques de musicoterapia más comunes. Los participantes identificaron el enfoque en el que se formaron como humanista ($n = 16$; 66.7%), ecléctico (es decir, más de 4 enfoques; $n = 5$; 20.8%), Benenzon ($n = 1$; 4.2%), Bonny Method GIM ($n = 1$; 4.2%), y todos los enfoques ($n = 1$; 4.2%). Algunos de los participantes que escogieron cuatro o más enfoques indicaron diferentes combinaciones de los siguientes enfoques: Analítico, Benenzon, Cognitivo-Conductual, Musicoterapia Comunitaria, Dalcroze-Eurhythmics, Centrada en la Familia, Método Bonny de GIM, Humanista, Multidisciplinaria, Aprendizaje Musical, Neurológica, y Nordoff-Robbins.

Condiciones Laborales

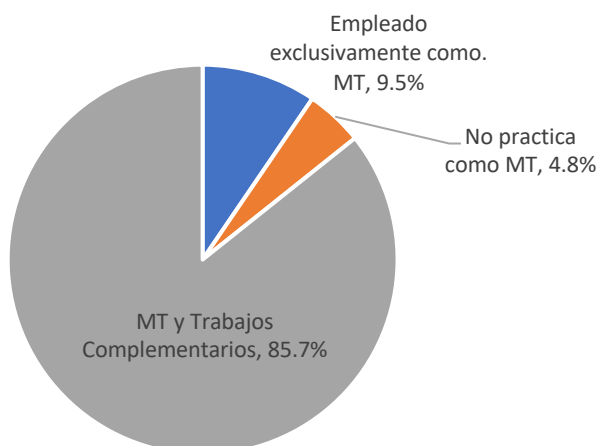
De los 25 musicoterapeutas en ejercicio, siete no respondieron a todas las preguntas de esta sección. Indicamos el número de respuestas para cada pregunta.

Años de Ejercicio Profesional ($N = 21$). Los participantes han practicado musicoterapia durante un promedio de 6.69 años (mediana = 5 años; $DE = 5.74$; rango 0.5 - 20 años).

Referencia para el Trabajo y Descripción de Puesto ($N = 21$, con algunos participantes eligiendo múltiples opciones). La mayoría de los encuestados indicaron que crearon su propia práctica privada o agencia de musicoterapia ($n = 10$; 43.5%). Seis participantes (26.1%) fueron referidos a su trabajo y cuatro crearon un trabajo de musicoterapia dentro de una institución (17.4%). Tres participantes (13%) indicaron que no estaban contratados formalmente (es decir, eran voluntarios o desempleados), estaban complementando un puesto diferente con estrategias de musicoterapia o no especificaron su referencia laboral. Ocho encuestados (38.1%) indicaron que su descripción de trabajo era "musicoterapeuta"; cuatro (19%) indicaron "terapeuta" (es decir, psicoterapeuta, terapeuta clínico o de rehabilitación); tres (14.3%) especificaron un puesto administrativo (es decir, director, administrador o supervisor); uno (4.8%) se identificó como terapeuta de artes creativas; y cuatro (19%) eligieron un descriptor diferente (docente, consultor, voluntario o autónomo).

Número de Horas de Práctica Clínica y Trabajo Complementario ($N = 21$). Los encuestados trabajaron un promedio de 14.3 horas (mediana = 12 horas, $DE = 12.01$, rango = 1 - 45) en práctica clínica directa (es decir, sesiones con clientes). La Figura 2 muestra los porcentajes de musicoterapeutas que tienen un trabajo complementario y aquellos que están empleados únicamente como musicoterapeutas. De los 21 encuestados, 18 (85.7%) también tenían un trabajo complementario a la musicoterapia, sólo dos participantes estaban empleados exclusivamente como musicoterapeutas y uno(a) no tenía un trabajo remunerado.

Figura 2. Trabajos Complementarios de Musicoterapeutas en Ejercicio.



Ingresos de la Práctica Clínica ($N = 21$). Pedimos a los participantes que seleccionaron el ingreso mensual promedio de su trabajo como musicoterapeutas clínicos. El ingreso mensual fue reportado en rangos de Salario Mínimo Mensual, (SMM). El SMM es la cantidad de ingreso mensual que el gobierno federal define cada año como la cantidad mínima que un empleador puede pagar legalmente. Se supone que es el ingreso mínimo que una persona necesita para cubrir necesidades básicas (Consejo Nacional de Salarios

Mínimos, CONASAMI, 2023). Aunque recibimos 21 respuestas, los datos no muestran claramente si todos los encuestados seleccionaron su nivel de ingresos en función de los ingresos de su práctica de musicoterapia o de todas sus fuentes de ingresos. Por ejemplo, un participante reportó un salario en el rango de ingresos más alto (por encima de 5 SMM, más de \$36, 787 MXP). Sin embargo, también reportaron trabajar como psicoterapeuta. Este participante (y otros) pueden haber informado su ingreso total de todas las fuentes, y no sólo su práctica clínica de musicoterapia, como lo requería el ítem de la encuesta. La Tabla 1 muestra la frecuencia y porcentajes de participantes reportando su ingreso en rangos de SMM.

Tabla 1. Ingreso de Práctica Clínica de Musicoterapeutas en México (en Salarios Mínimos Mensuales).

	Frecuencia de respuestas	Porcentajes
Menos de 1 SMW	11	52.4%
Entre 1 y menos de 2 SMW	3	14.3%
Entre 2 y menos de 3 SMM	4	19.0%
Entre 3 y menos de 4 SMM	0	0%
Entre 4 y menos de 5 SMM	1	4.8%
Más de 5 SMM	2	9.5%
	21	100.0%

Nota: 1 SMM = \$5,255 MXP, aprox. \$262.75 USD

Entornos y Grupos/Necesidades Atendidas (N = 21). Para entornos y grupos/necesidades atendidas, los participantes seleccionaron más de una respuesta; por lo tanto, el número total de respuestas excede el número de encuestados. La mayoría de los participantes trabaja en práctica privada ($n = 15$; 66.7%), cinco trabajan en centros comunitarios (23.8%), tres trabajan en un hospital o clínica (14.3%), dos en un entorno escolar (9.5%), y dos en una residencia para adultos mayores (9.5%). Los diagnósticos o necesidades más comunes de las personas atendidas por musicoterapeutas son necesidades de salud mental (es decir, depresión, ansiedad, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastornos alimentarios y “salud mental”) con 57 respuestas y trastornos del neurodesarrollo (TDAH, autismo, problemas de aprendizaje y trastornos del lenguaje), con 23 respuestas. Otros diagnósticos o necesidades atendidas se representan en la Tabla 2. Curiosamente, 11 encuestados (52.4%) indicaron que trabajan con 1 a 5 grupos/necesidades diferentes, siete encuestados (33.3%) indicaron trabajar con 6 a 10 grupos/necesidades diferentes, dos participantes seleccionaron 11 a 15 grupos/necesidades diferentes (9.5%) y uno (4.8%) seleccionó más de 15 grupos/necesidades diferentes como su clientela.

Tabla 2. Grupo y/o Necesidades de las Personas Atendidas por Musicoterapeutas en México.

Grupo o necesidad atendida	Responses
Salud Mental (depresión, ansiedad, salud mental, esquizofrenia, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios)	57
Trastornos del desarrollo (TDAH, TEA), Problemas de Aprendizaje, y Desórdenes del Lenguaje	23
Cuidado al Final de la Vida (Cuidados paliativos y duelo)	10
Condiciones médicas (cáncer, dolor crónico, coma, ACV)	8
Trastornos Neurodegenerativos (demencias, Alzheimer)	5
Discapacidades físicas y sensoriales (discapacidad visual, sordera, discapacidad múltiple)	5
Jóvenes en situación de riesgo (p.ej., jóvenes viviendo en la calle, en hogares violentos, consumiendo drogas)	4
Embarazo, parto, postparto	1
Otros (Desarrollo personal, "Parkinson", "canto terapia," no especificado)	8
Total	121

Enfoques y Estrategias Clínicas

Enfoques clínicos utilizados en la práctica (N = 21). La mayoría de los participantes practican desde una perspectiva de la Musicoterapia Humanista ($n = 12$; 57.1%), un enfoque desarrollado en México por el Dr. Víctor Muñoz Polit, médico con una maestría en psicoterapia Humanística y Gestalt (AMME, s.f.). Otros musicoterapeutas utilizaron una combinación ecléctica de BMGIM, Benenzon, Orff-Schulwerk y/o musicoterapia comunitaria ($n = 4$; 19%), o BMGIM y musicoterapia humanista ($n = 2$; 9.1%). Tres (14.3%) de los encuestados indicaron usar más de seis enfoques diferentes (p. ej., analítico, comunitario, centrado en la cultura cognitivo-conductual, centrado en la familia, Nordoff Robbins, teoría del aprendizaje musical, otro) y un participante seleccionó todas las opciones posibles.

Estrategias de Musicoterapia Utilizadas (N = 21). Los encuestados podían seleccionar más de una respuesta para este ítem; por lo tanto, los porcentajes suman más del 100%. Los encuestados seleccionaron música y movimiento como la estrategia más utilizada (90.5% de los encuestados seleccionaron esta opción). Se utilizó por igual la escucha activa de música grabada y de música en vivo, con el 71.4% de los encuestados reportando que utilizan estas estrategias. Las actividades musicales con tecnología fueron utilizadas por el 61.9% de los encuestados. La improvisación musical y la música con otras artes (p. ej., psicodrama o arte y música) fueron utilizadas por más de la mitad de los participantes. La creación activa de música (es decir, aquellas estrategias que requieren que el cliente toque música, como cantar, tocar instrumentos, escribir canciones y componer música) fue reportada por menos del 50% de los encuestados. Consulte la Tabla 3 para ver todos los resultados.

Tabla 3. Estrategias de Musicoterapia Utilizadas en la Práctica Clínica (Número y Porcentaje de Encuestados).

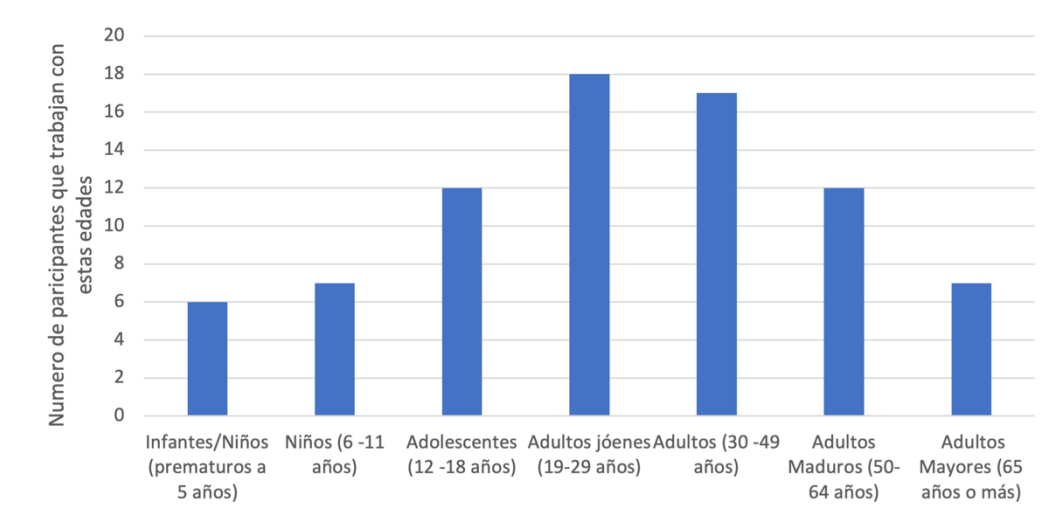
Estrategia de MT	Número	Porcentaje
Música y movimiento	19	90.5%
Escucha activa de música grabada	15	71.4%
Escucha activa de música en vivo	15	71.4%
Actividades musicales con tecnología	13	61.9%
Improvisación musical	12	57.1%
Música y otras artes	11	52.4%
Cantar y vocalizar	10	47.6%
Ejecución instrumental estructurada	7	33.3%
Análisis de música o letra de canciones	5	23.8%
Escritura de canciones	4	19.0%
Composición musical	4	19.0%
Otras (participante no especificó, "técnicas de MT humanista")	3	14.3%

Nota: La suma de los porcentajes es superior al 100 % porque los encuestados podían seleccionar más de una estrategia utilizada en su práctica.

Descripción de la Clientela

Rango de edad de la clientela ($N = 21$). Todos los encuestados indicaron trabajar con varios grupos de edad; por lo tanto, los porcentajes suman más del 100%. Los adultos jóvenes (de 19 a 29 años) son el grupo más atendido por musicoterapeutas en México ($n = 18$; 85.7% de los encuestados). Los bebés y niños pequeños (menores de 5 años) son el grupo menos atendido por musicoterapeutas en este país ($n = 6$; 28.6%). Los resultados completos se muestran en la Figura 3.

Número de Clientes atendidos por semana ($N = 21$). La mayoría de los musicoterapeutas en ejercicio atienden a menos de 10 clientes por semana ($n = 11$; 52.4%). Ocho musicoterapeutas (38.1%) atienden entre 11 y 20 clientes por semana, y un pequeño porcentaje ($n = 2$; 9.5%) atienden entre 21 y 50 clientes por semana.

Figura 3. Número de Participantes Trabajando con Cada Grupo de Edad.

Descripción del Tratamiento

Duración del tratamiento (N = 21). Una gran proporción de musicoterapeutas activos ($n = 10$; 47.6%) ofrece sesiones de musicoterapia durante 1 a 3 años en promedio. El 28.6% de musicoterapeutas ($n = 6$) brindan sesiones de 3 a 6 meses. Tres musicoterapeutas (14.3%) brindan sesiones de 4 a 6 años en promedio. Otras duraciones de tratamiento incluyeron de 4 a 6 meses ($n = 1$, 4.8%) y menos de un mes ($n = 1$, 4.8%).

Tipo de sesión (N = 21). La mayoría de los participantes ($n = 15$; 71.5%) ofrecen sesiones tanto individuales como grupales. Una proporción considerable sólo trabaja en sesiones individuales ($n = 5$; 23.8%) y una persona brinda sesiones grupales exclusivamente (4.8%).

Duración de la sesión (N = 20 para sesiones individuales; N = 16 para sesiones grupales). La mayoría de los participantes brindan sesiones individuales de una hora ($n = 16$; 80%). Los encuestados que proporcionaron información sobre las sesiones grupales ($N = 16$) indicaron proporcionar sesiones de más de una hora ($n = 11$; 68.8%). Consulte la Tabla 4 para ver los resultados completos.

Tabla 4. Duración Promedio de las Sesiones Individuales y Grupales.

Duración	Individual N = 20 (%)	Grupo N = 16 (%)
30 minutos	1 (5.0%)	1 (6.3%)
45 minutos	3 (15.0%)	1 (6.3%)
1 hora	16 (80.0%)	3 (18.8%)
Más de 1 hora	0	11 (68.8%)
	100%	100%

Tarifa por Sesión, Fuentes de Financiamiento, y Colaboración Profesional

Costo por Sesión (N = 21). Los encuestados informaron sobre las tarifas de las sesiones individuales y grupales. La tarifa promedio por sesiones individuales fue de \$564 pesos mexicanos (MXP; \$28.39 USD aprox.), con una mediana de \$500 MXP (\$25.16 USD), DE de \$210 MXP (\$10.57 USD), y rango entre \$250 MXP (\$12.58 USD) y \$1,200 MXP (\$60.40 USD). La tarifa promedio para sesiones grupales fue de \$919.23 MXP (\$46.26 USD), con una mediana de \$500 MXP (\$25.16), DE de \$1,292.69 MXP (\$65.06 USD) y rango entre \$250 MXP (\$12.58 USD) y \$5,000 MXP (\$251.65).⁸

Fuentes de Financiamiento (N = 21). Los participantes clasificaron las fuentes de financiación para sus sesiones de musicoterapia según la cantidad que cada fuente contribuyó a sus ingresos. Los números encabezando cada columna en la Tabla 5 indican el ranqueo (es decir, 1 – 6). Los números debajo de cada columna indican el número de participantes que seleccionaron ese ranqueo para la fuente de financiamiento mencionada. Curiosamente, tres encuestados mencionaron los seguros [médicos] como fuente de financiación. No está claro si estas sesiones se codificaron como “musicoterapia” o “psicoterapia” para el reembolso. Por favor vea los resultados completos en la Tabla 5.

Tabla 5. Ranqueo de Fuentes de Financiación para Sesiones de Musicoterapia según los Encuestados.

Fuente de financiamiento	No es fuente de financiamiento	Ranqueo					
		1	2	3	4	5	6
Pago por cliente o familia	1	16	1	1	0	1	1
Presupuesto institucional	12	2	4	1	1	1	0
Fondos de gobierno	14	1	2	1	1	1	1
Donaciones	17	0	1	2	0	0	1
Seguros	17	0	0	1	2	1	0
Otro (no especificado)	18	0	0	0	2	1	2

Nota: Los números de los encabezados indican la clasificación (es decir, 1 – 6). Los números en cada columna indican la cantidad de participantes que seleccionaron ese ranking para la fuente de financiamiento dada. Por ejemplo, 16 encuestados indicaron que el pago del cliente/familia era su fuente de financiación n.º 1, mientras que para un participante, el pago del cliente/familia fue su fuente de financiación n.º 2.

Referencias y Trabajo Interdisciplinario (N = 21). Todos los participantes, excepto dos, informaron múltiples fuentes de referencia de clientes. Los resultados completos están disponibles en la Tabla 6.

Tabla 6. Fuentes de Referencia Reportadas por Musicoterapeutas.

Fuente de referencia	Número de respuestas	Porcentaje
Cliente/Usuario mismo	15	71.4%
Psicólogo/Psiquiatra	11	52.4%
Otro musicoterapeuta	10	47.6%
Miembro de la familia	8	38.1%
Maestro	7	33.3%
Médico	4	19.0%
Profesor Universitario	4	19.0%
Otro (internet, amigos, centro comunitario, otros pacientes)	4	19.0%
Enfermera u otro profesional de la salud	2	9.5%

Nota: Todos los participantes, excepto dos, seleccionaron más de una fuente de referencia; por lo tanto, el número y los porcentajes superan el número de encuestados.

La mayoría de los encuestados ($n = 15$; 71.4%) indicaron proporcionar sesiones de musicoterapia como “parte de un tratamiento interdisciplinario”. Tres participantes (14.3%) informaron que las sesiones de musicoterapia eran el “único tratamiento”, dos (9.5%) indicaron que la musicoterapia era “auxiliar de otros tratamientos” y un participante (4.8%) seleccionó “otro (a veces interdisciplinario).”

Responsabilidad Profesional

Documentación (N = 19). Preguntamos a los participantes qué método de documentación utilizan en tres etapas diferentes del proceso terapéutico: evaluación inicial, evaluación continua y evaluación final. Para cada etapa, les dimos los mismos cinco métodos de documentación para elegir: informe descriptivo, pruebas estandarizadas, informe oral (o hablado), nota en la historia clínica u otros. Los participantes seleccionaron sí o no en cada etapa, para indicar si utilizaron cada uno de estos métodos de documentación. Los resultados completos están disponibles en la Tabla 7. Notablemente, para las tres etapas, la mayoría de los participantes utilizaron más de un método de

documentación. Sin embargo, una persona informó que utiliza sólo informes hablado para todas las etapas. Otras formas de documentación incluyeron escalas de experiencia, registros fenomenológicos, análisis de casos y “lectura corporal”.

Tabla 7. Métodos de Documentación Utilizados en Cada Etapa Terapéutica.

	Evaluación inicial		Evaluación de progreso		Evaluación final	
Informe descriptivo	11	57.9%	14	73.7%	14	73.7%
Pruebas Estandarizadas	9	47.4%	4	21.1%	11	57.9%
Reporte hablado	10	52.6%	12	63.2%	11	57.9%
Nota en Historia Clínica	13	68.4%	3	15.8%	7	36.8%
Otro	5	26.3%	8	42.1%	10	52.6%

Supervisión (N = 19). Les pedimos a los musicoterapeutas en ejercicio que indicaran si recibieron supervisión con respecto a su práctica de musicoterapia. La mayoría de los participantes (n = 12; 63.2%) indicaron recibir supervisión. También investigamos la frecuencia de supervisión con diferentes profesionales solicitando a los participantes que indicaran con qué frecuencia recibían supervisión de: otro musicoterapeuta, psicólogo, enfermera, equipo interdisciplinario, maestro/instructor, médico u otro. Los musicoterapeutas recibieron la supervisión de otro musicoterapeuta con mayor frecuencia, y el 45.5% de los encuestados seleccionaron “siempre” o “casi siempre”. Los siguientes profesionales que brindan supervisión más frecuentemente son los psicólogos (36.4% de los encuestados seleccionaron siempre o casi siempre), maestro/instructor (18.2%) y médico (18.2%). Los resultados completos están disponibles en la Tabla 8.

Tabla 8. Frecuencia de Supervisión según el Profesional que Supervisa.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Enfermera	10 90.9%	0 0%	1 9.1%	0 0%	0 0%
Musicoterapeuta	0 0%	1 9.1%	5 45.5%	2 18.2%	3 27.3%
Psicólogo(a)	1 9.1%	0 0%	6 54.5%	1 9.1%	3 27.3%
Docente/instructor	3 27.3%	3 27.3%	3 27.3%	1 9.1%	1 9.1%
Médico	4 36.4%	4 36.4%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%
Equipo Interdisciplinario	5 45.5%	0 0%	5 45.5%	1 9.1%	0 0%
Otro (psiquiatra, psicoanalista)	8 72.7%	0 0%	2 18.2%	0 0%	1 9.1%

Actitudes y Creencias Hacia la Musicoterapia en México

Esta sección de la encuesta estuvo disponible para todos los encuestados, pero solo 19 de 25 musicoterapeutas en ejercicio y uno de ocho estudiantes completaron esta sección. Por brevedad, destacamos sólo algunos resultados. Consulte la Tabla 9 para ver el conjunto de datos completo.

Confianza en su Formación y Confianza en el Futuro de la Musicoterapia en México (N = 19). Los participantes indicaron una gran confianza en su formación en musicoterapia, con 15 (78.9%) respondiendo “de acuerdo” o “muy de acuerdo” a la afirmación “Estoy seguro de que estoy bien preparado para trabajar como musicoterapeuta con diferentes tipos de clientes.” Sólo una persona (5.3%) indicó estar en desacuerdo. De manera similar, el 84.2% de los participantes señaló tener confianza en el futuro de la musicoterapia en México (es decir, respondieron “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”).

Tabla 9. Actitudes y Creencias Hacia la Musicoterapia en México de los Musicoterapeutas y Estudiantes de Musicoterapia (N = 19).

Ítem	Totalmente en desacuerdo n, %	En desacuerdo n, %	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n, %	De acuerdo n, %	Totalmente de acuerdo n, %
Tengo confianza de que estoy bien preparado para trabajar como musicoterapeuta con diferentes tipos de clientes	0 0	1 5.3%	3 15.8%	7 36.8%	8 42.1%
Tengo confianza en el futuro de la musicoterapia en México	0 0	1 5.3%	2 10.5%	3 15.8%	13 68.4%
La musicoterapia es bien conocida en México	2 10.5%	10 52.6%	7 36.8%	0 0%	0 0%
Los musicoterapeutas en México se adhieren a altos estándares de práctica clínica	2 10.5%	4 21.1%	12 63.2%	1 5.3%	0 0%
Los musicoterapeutas en México están bien entrenados	0 0%	2 10.5%	14 73.7%	2 10.5%	1 5.3%
Los musicoterapeutas en México son buenos músicos	0 0%	1 5.3%	15 78.9%	1 5.3%	2 10.5%
Los musicoterapeutas en México son profesionales respetados	0 0%	5 26.3%	11 57.9%	2 10.5%	1 5.3%
La musicoterapia en México debe ser enseñada a nivel universitario (mínimo licenciatura)	0 0%	1 5.3%	5 26.3%	5 26.3%	8 42.1%

Formación, Estándares de Práctica y Entrenamiento Musical (N = 19). En contraste con la confianza de los participantes en su capacitación, sólo el 15.8% (n = 3) indicó estar de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación *los musicoterapeutas están bien capacitados en México*. La mayoría de los participantes 73.7% (n = 14) indicó “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y 10.5% (n = 2) indicó desacuerdo. A la afirmación *los musicoterapeutas en México se adhieren a altos estándares de práctica clínica*, el 63.2% (n = 12) escogió “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, mientras que el 31.6% (n = 6) estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo. Respecto al entrenamiento musical, el 15.8% (n = 3) de los participantes estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación *los musicoterapeutas en México son buenos músicos*, mientras que la mayoría (n = 15, 78.9%) eligió una respuesta neutral (“ni de acuerdo ni en desacuerdo”).

Percepción Pública de la Musicoterapia en México (N = 19). En cuanto a la percepción pública de la profesión, el 63.1% (n = 12) de los encuestados estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación *la musicoterapia es muy conocida en México*, y ninguno mostró estar de acuerdo. Respecto a *los musicoterapeutas son profesionales muy respetados*, las opiniones fueron más diversas, con un 15.8% (n = 3) indicando estar de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación, un 57.9% (n = 11) con una posición neutral (“ni de

acuerdo ni en desacuerdo”), y 26.3% ($n = 5$) en desacuerdo.

La Musicoterapia Como Grado Universitario ($N = 19$). Con respecto a la afirmación *La musicoterapia debe enseñarse a nivel universitario*, la mayoría de los encuestados ($n = 13$, 68,4%) indicaron estar de acuerdo o muy de acuerdo. Cinco participantes (26.3%) indicaron que no tenían preferencia (es decir, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”), y sólo un participante indicó desacuerdo.

Participación en una Asociación Profesional

Esta sección de la encuesta estuvo disponible para todos los participantes en ejercicio y estudiantes. Sólo dos de ocho estudiantes y 22 de 25 musicoterapeutas en ejercicio respondieron estas preguntas. Especificamos el número de encuestados para cada ítem.

Pertenecer a una Asociación Profesional ($N = 24$). Doce participantes (50%) indicaron que actualmente son miembros de una asociación; once (45.8%) participantes indicaron que no pertenecen a ninguna asociación de musicoterapia; y uno (4.2%) indicó que antes pertenecía, pero ya no. De los participantes que pertenecen a alguna asociación, 10 pertenecen a la recién formada Asociación de Musicoterapeutas en México (AMME). Otras asociaciones mencionadas fueron la American Music Therapy Association, la Federación Mundial de Musicoterapia y una agencia de servicios (no una asociación profesional). Sólo un encuestado pertenece a más de una asociación.

Beneficios de Pertenecer a una Asociación de Musicoterapia ($N = 23$). En respuesta a la pregunta abierta *¿Cuáles son los beneficios de pertenecer a una asociación nacional?*, los encuestados identificaron como principales beneficios de pertenecer a una asociación de musicoterapia: (1) trabajo en red, (2) mantenerse actualizado y acceder a cursos, capacitación, e investigación, (3) apoyo y reconocimiento institucional, (4) regulación de la profesión, (5) difusión de información al público, y (6) descuentos en capacitaciones. Dos encuestados indicaron que “no sabían” y uno dijo “ninguno”.

Desafíos de Pertenecer a una Asociación de Musicoterapia ($N = 23$). En respuesta a la pregunta abierta *¿Cuáles son los desafíos de pertenecer a una asociación nacional?*, los encuestados identificaron como los principales desafíos de pertenecer a una asociación de musicoterapia: (1) costo, (2) intereses políticos y personales que interfieren con el apoyo a la profesión, (3) elitismo, (4) inversión de tiempo, (5) “estigma” hacia cierto enfoque, y (6) falta de reconocimiento oficial de la profesión (en México e internacionalmente). Tres participantes no pudieron identificar desafíos (“No sé”) y uno dijo “ninguno”.

Comentarios Abiertos

A la pregunta *¿Hay algo más que le gustaría comentar sobre la musicoterapia en México?* doce participantes proporcionaron una respuesta. Reportamos los temas extraídos de esas respuestas y el número de participantes para cada tema. Dada la escasez de respuestas, no se pudo realizar un análisis temático profundo. Las respuestas incluyeron (1) sugerencias para crear caminos alternativos a los títulos de musicoterapia (por ejemplo, validación de programas a través de RVOE⁹) ($n = 1$), (2) solicitudes de que el trabajo anterior y de larga trayectoria en musicoterapia en México sea honrado y reconocido por las nuevas generaciones de musicoterapeutas, lamentando el “prejuicio en contra de nuestro enfoque” y /o “el ego, fanatismo y protocolo institucional” ($n = 2$) (3) deseo de profesionalización de la musicoterapia en México y apoyo a investigaciones, como la del presente estudio,

para lograr dicha profesionalización ($n = 4$) (4) reconocimiento de la gran cantidad de trabajo y tiempo que se necesita para establecer una carrera de musicoterapia en el país ($n = 2$) (5) necesidad de orientación y conocimiento público de las calificaciones necesarias para ser musicoterapeuta ($n = 3$), y (6) un llamado a la unidad y colaboración entre los musicoterapeutas ($n = 4$).

Discusión

La presente encuesta investigó el estado de la profesión de la musicoterapia en México. Uno de los objetivos generales fue identificar *quiénes son los musicoterapeutas en México*. Un segundo objetivo pretendía identificar *las características de la práctica clínica profesional en musicoterapia* en este país.

Encontramos un retrato complejo de una profesión que ha despertado un interés creciente en los últimos cinco a diez años. Con respecto a la información demográfica, encontramos que los profesionales autoidentificados son de edad más avanzada en promedio que los musicoterapeutas en otros países como los E.U.A. (AMTA, 2022) y en todo el mundo (Kern & Tague, 2017). Esto último podría deberse a la falta de programas de musicoterapia de pregrado en México. Los profesionales mexicanos a menudo estudian musicoterapia como un título de posgrado (en universidades extranjeras) o como diplomas o capacitación de posgrado. Además, hubo una distribución casi equitativa entre mujeres y hombres, diferente a la distribución en otros países (Kern & Tague, 2017). Aunque se desconocen las razones específicas, una posible explicación es que la música como profesión a menudo se desalienta entre las mujeres de este país y es un campo mayoritariamente dominado por hombres (Castillo Silva, 2017). Además, el Reporte de Brecha de Género (World Economic Forum, 2023) indica que el índice de participación y oportunidad económica en México muestra una importante brecha de género (.602), desfavorable para las mujeres ya que representa una oportunidad económica muy inferior para ellas comparadas con los hombres (60%), incluso cuando cuenten con logros educativos similares (99.5%). La musicoterapia, una profesión poco conocida sin programas universitarios y con potencial de ingreso económico limitado en el país, probablemente no está dentro de las posibilidades de muchas mujeres en el país. En países donde no se desanima a las mujeres a elegir la música como profesión, y donde hay mayor potencial económico, más mujeres que hombres eligen ser musicoterapeutas (AMTA, 2022; Kern & Tague, 2017).

Formación Académica y Profesional

Con respecto a la formación académica, encontramos una gran variedad entre los musicoterapeutas que se identifican como tal. Existe un gran porcentaje de musicoterapeutas autoidentificados sin un título universitario en la disciplina. Esto no es sorprendente dado que México aún no cuenta con un programa universitario de musicoterapia. Sin embargo, algunos musicoterapeutas en ejercicio informaron que no tenían educación universitaria en *ninguna* disciplina. Esta situación es preocupante, considerando que los musicoterapeutas en ejercicio informaron trabajar con la mayoría de las poblaciones vulnerables que se encuentran comúnmente en la práctica clínica. Las cualificaciones de estos profesionales para trabajar en estos entornos no están claras.

Además, observamos confusión o malentendidos sobre el reconocimiento de ciertas capacitaciones. Algunos encuestados indicaron tener una “maestría” en musicoterapia. Al preguntarles qué institución había otorgado su título, nos dimos cuenta de que algunas de esas capacitaciones no constituían una maestría. Es importante señalar que en México existe una distinción semántica entre maestría y “máster”, que generalmente se refiere a capacitaciones no oficiales, en su mayoría brindadas por instituciones privadas sin reconocimiento oficial, y que pueden variar ampliamente en su duración y requisitos

formales. Este uso es diferente de algunos otros países de habla hispana (por ejemplo, España) donde un “máster” puede ser un título de maestría otorgado por una universidad.

La supervisión clínica por parte de profesionales capacitados *durante su formación* también varió ampliamente entre los musicoterapeutas en ejercicio, y algunos encuestados indicaron que no la habían recibido. Si bien algunos de estos profesionales pueden haber corregido esta limitación con supervisión durante la práctica profesional, la supervisión clínica es claramente una necesidad urgente para la práctica ética y segura en el país. Del mismo modo, fue sorprendente encontrar musicoterapeutas autoidentificados sin formación ni experiencia en tocar un instrumento musical. Algunos de estos encuestados mencionaron el uso de “música grabada”. De nuevo, las cualificaciones y formaciones, e incluso la definición de musicoterapia, parecen estar menos formalizadas que en otros países donde existe la titulación como en los E.U.A. (AMTA, 2022) y Argentina (CLAM, 2021). En esos países, (p.ej., E.U.A., Argentina), la profesión tiene una definición específica, competencias profesionales, estándares de práctica y programas universitarios aprobados por asociaciones nacionales (p. ej., AMTA y National Association of Music, NASM, en los E.U.A.) o por ministerios de educación (p. ej., Ministerio de Educación, en Argentina). Como indican los Lineamientos Fundacionales de la Educación y Capacitación en Musicoterapia de la WFMT (2022), las competencias desarrolladas en estos programas pertenecen a habilidades musicales, habilidades clínicas y habilidades musicoterapéuticas. Notoriamente, algunos de estos programas incluyen entre 500 y 1000 horas de práctica clínica durante la formación. En contraste, nuestros resultados indican que varias ofertas educativas en México sólo incluyen 20 horas de prácticas clínicas. Estos resultados son similares a encuestas que fueron implementadas en países donde no existían lineamientos de formación claros y la capacitación clínica era más limitada cuando la profesión estaba en etapas emergentes (Sabbatella, 2003).

Práctica Clínica

En cuanto a la práctica clínica, buscamos comprender qué enfoques y estrategias de la musicoterapia se utilizan en México, quién es la clientela que más busca estos servicios, quién deriva a los clientes a los musicoterapeutas, cuáles son las fuentes de financiamiento y cómo la musicoterapia forma parte de un equipo de tratamiento. También investigamos las medidas de rendición de cuentas utilizadas por los profesionales, específicamente la documentación de las evaluaciones iniciales, de progreso y finales, y las prácticas de supervisión.

La mayoría de los musicoterapeutas practicantes (15 de 21) indicaron trabajar en práctica privada. Muchos musicoterapeutas en ejercicio también indicaron trabajar en varios entornos al mismo tiempo o en diferentes momentos de su carrera. El promedio de horas de práctica clínica fue de 14 horas (rango = 1 a 45), que es inferior a la práctica clínica de tiempo completo (comúnmente considerada 20 horas/semana de contacto directo con clientes/pacientes/usuarios, AMTA, 2022). De hecho, el 43% de los encuestados reportaron una práctica clínica de menos de 10 horas a la semana. Con un 47.6% (10 de 21) de los encuestados indicando que trabajan con más de cinco poblaciones, está en duda el nivel de formación, práctica y especialización que tienen estos profesionales para atender las necesidades de tantos grupos vulnerables.

Encontramos que la mayoría de los profesionales utilizan un enfoque humanista desarrollado por el Dr. Víctor Muñoz Polit, un médico mexicano con maestría en psicoterapia. Esto no es sorprendente, dado que la mayoría de los musicoterapeutas autoidentificados en México están capacitados bajo este modelo (ver la sección de Educación y Capacitación). Es importante señalar que, al momento de escribir este artículo, este programa no tiene reconocimiento oficial como título universitario, y se ha brindado en diferentes duraciones y versiones del programa (diploma, máster de 1 o 2 años y

maestría)¹⁰. Las horas de supervisión clínica en esta formación han variado a lo largo de los años, pero son menos que en los programas universitarios establecidos (20 a 120 horas, según nuestros encuestados).¹¹ Además, al parecer no se requieren habilidades de interpretación musical para participar en esta capacitación, ya que se emplean principalmente métodos receptivos, y varios graduados de estas capacitaciones no tocan ningún instrumento musical. Otro enfoque común fue el método Bonny de Imaginación Guiada con Música (BMGIM, por sus siglas en inglés). Esta formación se ha ofrecido en México a profesionales como un programa de especialización, y no como una carrera de musicoterapia (AMME, s.f.); sin embargo, algunos encuestados se autoidentificaron como musicoterapeutas teniendo únicamente esta formación.

Es importante destacar que las tarifas por sesión reportadas por los participantes son comparables a los costos de psicoterapia (Galindo, 2022). Sin embargo, dado los promedios de ingresos de México (INEGI, 2022), es razonable suponer que los servicios de musicoterapia son accesibles en su mayoría por personas con un nivel socioeconómico superior (Galindo, 2022). Aunque tres de los encuestados indicaron recibir pago por los servicios de musicoterapia a través de compañías de seguros, según el conocimiento de la primera autora, no existe una compañía de seguros que cubra los servicios de musicoterapia en México. Dado que varios encuestados están capacitados y empleados como psicólogos, es probable que esos servicios se reportaran como psicoterapia y se reembolsaran como tales.

A pesar del limitado desarrollo de la disciplina a nivel universitario y en la práctica clínica, existen signos alentadores de apoyo y desarrollo de la profesión. El promedio de años de práctica es bajo (6.69 años, $DE = 5.74$), lo que indica una disciplina emergente, con muchos nuevos profesionales ingresando al mercado laboral en los últimos años. Un número considerable de encuestados ($n = 8$) informaron que su definición de puesto era “musicoterapeuta”. Por otro lado, la mayoría de los profesionales en ejercicio reportaron complementar sus ingresos con diferentes trabajos y disciplinas. Se podría considerar que sólo dos de todos los musicoterapeutas en ejercicio se ganan la vida con el trabajo de musicoterapia, aunque las respuestas no aclaran si todos sus ingresos provienen realmente de la práctica clínica en musicoterapia. El 50% de los musicoterapeutas ganan menos de un salario mínimo mensual con su práctica clínica. Este resultado puede deberse a varios factores, por ejemplo, trabajos de tiempo parcial, costo por hora menor al de otras terapias, número limitado de horas clínicas o falta de reconocimiento de la profesión. Se necesita más investigación para identificar completamente estos factores, pero no es poco razonable suponer que la falta de legislación de la práctica profesional, así como las calificaciones limitadas de los profesionales actuales, impactan el potencial de ingresos.

Asimismo, la mayoría de los encuestados indicó trabajar en equipos interdisciplinarios. Dado el número limitado de horas clínicas, los ingresos limitados de la práctica de la musicoterapia y las variadas descripciones de trabajo, como se informó en la primera parte de este manuscrito, es posible que esta interdisciplinariedad sea el resultado de que los encuestados estén empleados como psicólogos, maestros u otros profesionales ya insertos en equipos de tratamiento. Este hallazgo puede ser un área de oportunidad para el desarrollo de la musicoterapia en el país: si los profesionales ya insertos en los equipos institucionales se capacitan a la altura de los estándares profesionales de musicoterapia, ellos podrían facilitar la inserción de la profesión en esas comunidades. Sin embargo, es imperativo que la musicoterapia sea conceptualizada, entrenada, practicada y respaldada como una profesión separada y no como una técnica o estrategia adjunta a otras disciplinas.

Responsabilidad Profesional

Con respecto a las medidas de rendición de cuentas, encontramos que alrededor de dos tercios de los profesionales participan en supervisión de su práctica clínica. Este resultado

es alentador para el futuro de la profesión en México. Sin embargo, el hecho de que un tercio de los profesionales no tenga supervisión es preocupante, particularmente ya que muchos tuvieron una supervisión clínica muy limitada durante su formación. Como se mencionó antes, la supervisión durante la formación y la práctica profesional parece una necesidad urgente para una práctica segura y ética.

La documentación es considerada un estándar profesional en algunos países ya que es el fundamento de la evaluación final, la planeación a futuro, y colaboraciones interdisciplinarias, entre otros beneficios (AMTA, n.d.; Hanser, 2018; Jacobsen et al., 2019). Las prácticas de documentación en México parecen estar bien establecidas entre los profesionales, y la gran mayoría emplea múltiples formas de documentación que van desde pruebas estandarizadas hasta informes orales, en todas las etapas terapéuticas (es decir, evaluación inicial, evaluación continua y evaluación final). Sin embargo, el uso de informes orales como única forma de documentación en al menos un caso es motivo de preocupación, ya que estos reportes no dejan documentación tangible y por lo tanto limitan la responsabilidad profesional. Al igual que en otros aspectos de la práctica clínica, la formación limitada en estándares profesionales puede ser la razón de este resultado. Por otro lado, esta situación es similar a la de otros países cuando la profesión estaba emergiendo, como España (Sabbatella, 2003).

Grupos y Necesidades Atendidas

Según nuestros encuestados, la mayor parte de su clientela es autorreferida y ellos mismos pagan los servicios, o lo hacen con apoyo familiar. Similar a las tendencias mundiales (Kern & Tague, 2017), los bebés y niños pequeños son el grupo de edad menos atendido por los musicoterapeutas. Eso puede indicar que la musicoterapia todavía se percibe como una opción psicoterapéutica que las personas buscan para sí mismas, y no como una profesión de la salud incorporada a escenarios institucionales. También es posible que los adultos jóvenes, que acceden con más frecuencia a las redes sociales, hayan aprendido sobre la musicoterapia a través de estas fuentes y estén interesados en probar esta “nueva” modalidad terapéutica. Los resultados respecto a las poblaciones atendidas por musicoterapeutas en México, es decir, que los adultos jóvenes con necesidades de salud mental son el mayor grupo atendido, respaldan estas suposiciones (Véase Grupos/Necesidades Atendidas).

Actitudes y Creencias

En cuanto a las actitudes y creencias hacia la musicoterapia en México, los autores consideran que las respuestas contradictorias son dignas de mayor discusión. La mayoría de los musicoterapeutas en ejercicio tienen mucha confianza en su formación; sin embargo, no parecen estar seguros de que los musicoterapeutas estén bien preparados en México. La razón de esta discrepancia puede ser que las personas se sienten seguras de su propia formación, pero consideran de forma más crítica la formación de otros profesionales. Al mismo tiempo, algunos encuestados consideraron que “los musicoterapeutas son profesionales respetados” y, sin embargo, la mayoría informó sobre conocimiento público limitado de la profesión. Este resultado puede tener varias explicaciones: por ejemplo, los participantes pueden haber reportado la retroalimentación positiva y el respeto ganado en su propio trabajo mientras que al mismo tiempo reportaron la falta de reconocimiento general de la profesión. Alentadoramente, la mayoría de los musicoterapeutas tienen una visión positiva sobre el futuro de la musicoterapia en el país, casi todos consideran que la musicoterapia debe enseñarse a nivel universitario, y la mayoría de ellos es consciente de los desafíos y el tiempo requerido para establecer la profesión. Las preguntas abiertas reflejaron entusiasmo por apoyar la profesión, llamados a la unidad y colaboración entre

los musicoterapeutas y la conciencia de que la división y las luchas de poder limitarían el desarrollo de la profesión en su conjunto.

La mitad de nuestros encuestados no pertenece a ninguna asociación de musicoterapia y sólo 10 de 24 participantes mencionaron ser miembros de la asociación nacional de México (AMME). Sin embargo, la mayoría de los profesionales, incluidos los no afiliados, pudieron identificar al menos un beneficio de pertenecer a una asociación profesional. Los beneficios identificados son congruentes con otras respuestas, destacando la capacidad de establecer contactos, las oportunidades de desarrollo profesional y el reconocimiento público. Los participantes también mencionaron los desafíos de pertenecer a una asociación, incluidos los costos, la política (es decir, las luchas por el poder), el “estigma” hacia cierto enfoque y las inversiones de tiempo. Estas respuestas son consistentes con las observaciones de la primera autora y sus conversaciones con actores clave que indican que una disciplina emergente y una asociación recién formada pueden ser la razón de esta participación limitada en la asociación. Una asociación profesional es uno de los mejores vehículos para transformar políticas y aumentar el reconocimiento público y la aceptación institucional de una profesión (Oselame, 2022). Los desarrollos futuros, la literatura emergente y la comunicación continua hacia y desde el cuerpo profesional pueden incrementar el interés y la participación actuales.

Limitaciones

El tamaño de nuestra muestra fue pequeño ($N = 33$). No podemos calcular la tasa de respuesta ya que no existe un censo formal de musicoterapeutas en México. Sin embargo, el número de miembros de la asociación nacional recientemente formada, la Asociación de Musicoterapeutas en México (AMME), al momento de esta encuesta era de aproximadamente 40 miembros, entre profesionales y estudiantes (Camarena, comunicación personal, 8 de marzo, 2022). Solo 10 (30.3%) de nuestra muestra fueron de hecho miembros de la AMME, lo que indica que un grupo más grande de musicoterapeutas probablemente está practicando en México.¹² Por otro lado, al menos el 25% (10 de 40) de los miembros de AMME respondieron la encuesta, lo que representa una tasa de respuesta aceptable para una encuesta en línea (Sue & Ritters, 2012; Poynton et al., 2019; Wu et al., 2022). Consideramos que el tamaño total de nuestra muestra es representativo de los musicoterapeutas en México y, por lo tanto, nuestros resultados pueden considerarse significativos y valiosos. Una investigación longitudinal de la profesión cada dos años nos permitirá apreciar el continuo crecimiento de la profesión en este país.

Otra limitación fue la duración de la encuesta y el hecho de que no todos los participantes completaron la encuesta. La tasa de respuesta por ítem varió (p. ej., sólo el 72% de los musicoterapeutas en ejercicio respondieron las escalas de actitud). Es posible que los participantes consideraran que la encuesta era demasiado larga, que las preguntas fueran irrelevantes o que no estuvieran dispuestos a comprometerse con una respuesta. La investigación futura deberá esforzarse por acortar la encuesta y utilizar otros métodos (por ejemplo, entrevistas cualitativas) para mejorar nuestra comprensión. Otra limitación es la confusión aparente en las respuestas de los participantes debido tal vez a una comprensión limitada de los enfoques en musicoterapia. Por ejemplo, notamos que algunos participantes sin un grado académico en musicoterapia indicaron practicar desde todos los enfoques musicoterapéuticos. Consideramos muy poco probable que un musicoterapeuta completamente capacitado respondería de esa manera incluso si usa una perspectiva integrativa dada la cantidad de tiempo, entrenamiento y esfuerzo que se requiere para dominar cada enfoque. Más información y educación ayudará a aclarar estos malentendidos. Como parte intrínseca de cualquier encuesta, no intentamos una exploración a profundidad de las perspectivas de los participantes. Investigación cualitativa futura podría considerar entrevistas a profundidad de actores clave para

entender los procesos únicos que vivieron para establecer y desarrollar una práctica de musicoterapia en México. Sin embargo, como el primer estudio de investigación sobre el estado de la práctica de la musicoterapia en México, los resultados parecen ser valiosos.

Conclusión y Recomendaciones para el Futuro

A través de esta primera encuesta de musicoterapeutas y de la práctica clínica en México, encontramos un perfil complejo de una disciplina emergente con un número limitado de profesionales, sin estándares establecidos de práctica, sin programas educativos ni regulación de la profesión. Las dinámicas institucionales, gubernamentales, económicas y sociales, y no sólo la disposición de los profesionales, podrían estar limitando el establecimiento de la musicoterapia dentro de las instituciones educativas y profesionales. Consideramos que la AMME podría tomar la iniciativa en el desarrollo de una definición, lineamientos y estándares de musicoterapia para México, congruentes con los estándares internacionales. Al momento de esta publicación, la Comisión de Formación Profesional de la AMME ha iniciado el proceso de crear estos lineamientos. La comisión está constituida por musicoterapeutas mexicanos y musicoterapeutas viviendo en México con diferentes abordajes clínicos, grados y entrenamientos variados, perspectivas internacionales y experiencia clínica diversa. El proceso incluirá la revisión de lineamientos previos (p. ej., Los Lineamientos Fundacionales de la Educación y Capacitación en Musicoterapia de la WFMT y de otros países), el diseño de los lineamientos relevantes para la realidad profesional, cultural y educativa de México, y la retroalimentación del Consejo Directivo de la AMME, de los miembros de la AMME, y de otras personas interesadas.

La mayoría de los musicoterapeutas titulados en musicoterapia que ejercen actualmente en el país se han formado en instituciones extranjeras. El nivel de compromiso e inversión financiera que implica viajar y estudiar en otro país es accesible sólo para unos pocos. La disciplina se beneficiaría de programas universitarios en México que permitan a los profesionales interesados desarrollar su práctica a estándares internacionales (WFMT, s.f.). Los programas privados no oficiales ayudan a los estudiantes a tener una comprensión inicial y sin duda proveen un beneficio social. Sin embargo, los programas no oficiales cortos interfieren con la creación de programas universitarios al distraer recursos y formar practicantes con un entrenamiento muy limitado, quienes entonces compiten por puestos y crean una percepción pública distorsionada de lo que los musicoterapeutas pueden hacer. Los esfuerzos para regular la profesión y promover estándares de competencia profesional a lo largo de los diferentes programas protegen las oportunidades de trabajo e incentivan mejor ingreso para los graduados, aseguran una práctica clínica ética, y fomentan el prestigio de la profesión en el público.

En Latinoamérica hay ejemplos valiosos de éxito al establecer programas universitarios y pasar legislación para protección de la profesión. Por ejemplo, algunas musicoterapeutas en Panamá desarrollaron un diplomado no oficial en musicoterapia como un primer paso para abogar por un programa universitario. Con visión clara y la intención de visibilizar a la musicoterapia, las innovadoras, entre ellas, Patricia Zarate, ofrecieron el diplomado solamente una vez (comunicación personal, dic. 14, 2021). La necesidad e interés evidentes generados por este diplomado convencieron a la Universidad de la viabilidad de un programa universitario y negociaron con las profesionales el desarrollo del primer programa de musicoterapia en la Universidad Especializada de las Américas (CLAM, 2021; Zárate, comunicación personal, dic. 14, 2021). Este programa abrió sus puertas a la primera generación de estudiantes en el 2023. Respecto a la regulación, Panamá es también un ejemplo de colaboración efectiva. Aunque la musicoterapia en Panamá tiene una historia de más de 30 años, con profesionales entrenados en extranjero ejerciendo desde 1990, la asociación nacional sólo se formó en el 2021. Sin embargo, con trabajo

colaborativo, ellos lideraron la aceptación de la primera ley de ejercicio profesional de musicoterapia en Panamá en el 2022, un logro considerable en un país de Latinoamérica (WFMT, s.f.). La AMME podría usar de modelo a esos países para continuar su trabajo.

Los educadores y las instituciones de los países de altos ingresos que deseen apoyar el desarrollo de la profesión en los países de ingresos medios y bajos podrían considerar brindar oportunidades de capacitación (por ejemplo, conferencias, cursos, programas en línea) en escalas móviles o tarifas alternativas, y otras fuentes de apoyo financiero para la educación (por ejemplo, becas y ayudantías). Estos educadores e instituciones también deben considerar cuidadosamente las circunstancias contextuales, políticas, sociales y educativas del país al que pretenden servir, para evitar prácticas colonizadoras. De manera similar, los educadores y simpatizantes extranjeros deben tomarse el tiempo para comprender la dinámica profesional entre los actores clave ya establecidos en el país.

Encuestas futuras podrían incluir mejores preguntas. Por ejemplo, las preguntas respecto a la formación y práctica pueden incluir explicaciones breves de los enfoques de musicoterapia para aquellos participantes que no estén familiarizados con ellos. Las preguntas respecto al ingreso deberán asegurarse que los participantes compartan información respecto a su ingreso del ejercicio de la musicoterapia (y no todo su ingreso). La escala de Actitudes y Creencias podría presentarse antes en la encuesta para que más participantes la completen; y entrevistas cualitativas con voluntarios después de la encuesta podría complementar las respuestas y dar profundidad a nuestra comprensión.

Finalmente, la participación de todos los musicoterapeutas es esencial para el desarrollo de la disciplina y la profesión. Los profesionales que ejercen en México podrían considerar la participación activa en la asociación nacional, la AMME. Como una profesión emergente sin legislación, se necesita mucho trabajo para establecer la musicoterapia en el país. Este trabajo llevará tiempo y esfuerzo y requiere la fuerza concertada de todas las voces. Se requieren discusiones colaborativas para establecer estándares nacionales, códigos de conducta profesional y pautas de capacitación para la disciplina en este país. Estas conversaciones deben reconocer la experiencia y trayectoria de profesionales ya establecidos en el país e incorporar el entusiasmo de nuevas voces.

Reconocimientos

Las autoras agradecen a Ms. Barb Else, MM, MT-BC, por su apoyo y experiencia en el diseño de esta encuesta; a las dos musicoterapeutas que pilotearon esta encuesta (¡ustedes saben quiénes son!); a la AMME por compartir la invitación para participar en la encuesta entre sus miembros; y a todos/todas las musicoterapeutas que generosamente respondieron nuestras preguntas. ¡¡Gracias!!

Sobre las Autoras

Eugenia Hernández Ruiz, PhD, MT-BC es profesora asistente de musicoterapia en Arizona State University, EUA. Sus intereses de investigación incluyen la intervención temprana para niños con autismo, coaching para padres, música y neurociencia, y desarrollo del estudiante de musicoterapia. Eugenia ha presentado su trabajo en conferencias regionales, nacionales e internacionales de musicoterapia y de autismo. Su trabajo ha sido publicado en múltiples revistas y conferencias de investigación. A través de su agencia de musicoterapia en México provee servicios clínicos de musicoterapia y talleres y materiales didácticos para padres y supervisión a otros profesionales.

Jill Sullivan, PhD es profesora de Enseñanza y Aprendizaje de la Música en Arizona State University. Es historiadora y ha publicado dos libros de mujeres músicos a través de tres siglos. Ha publicado en múltiples revistas de investigación y ha servido en múltiples consejos editoriales. Su libro de historia actual que pronto será publicado es una colección

editada de la historia inicial de la educación de los maestros de música en las Escuelas Normales públicas de los Estados Unidos. Su experiencia cuantitativa es en investigación de encuesta.

Bibliografía

- American Music Therapy Association. (AMTA, 2022). Workforce analysis 2021. Retrieved Oct. 27, 2022 from https://www.musictherapy.org/2021_amta_workforce_analysis_now_available/
- Asociación de Musicoterapeutas en Mexico. (AMME, n.d.). Musicoterapia en Mexico. Retrieved Aug. 1, 2022. <https://www.musicoterapiamexico.org/musicoterapia.html>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia. (June 30, 2020). Audiência na Assembleia da República com grupos Parlamentares. Retrieved Sept. 1, 2022 from <https://www.apmtmusicoterapia.com/noticias>.
- Castillo Silva, V. E. (2017). Blowing the tradition: Women performing in the *Banda Sinfónica de Marina de México*. In J. M. Sullivan (Ed.), *Women's bands in America: Performing music and gender*. Rowman & Littlefield.
- Certification Board of Music Therapists. (n.d.). CBMT and AMTA: Serving different purposes for one shared goal. Retrieved Aug. 15, 2022 from <https://www.cbmt.org/cbmt-and-amta-serving-different-purposes-for-one-shared-goal/>
- Consejo Latinoamericano de Musicoterapia. (CLAM, 2021). *Procesos de formación profesional de musicoterapia en América Latina y el Caribe* (e-book). Retrieved Aug. 16, 2022 from <https://www.musicoterapiaclam.com/post/ballet-feminista>
- Consejo Nacional de Salarios Mínimos. (CONASAMI; 2023, Jan.). Informe mensual del comportamiento de la economía: Dirección técnica. Retrieved from <https://www.gob.mx/conasami/documentos/informes-mensuales-sobre-el-comportamiento-de-la-economia-del-ano-2023>
- Galindo, J. (2022, Feb.). *El costo de la salud mental, ¿Cuánto cuesta ir al psicólogo?* Retrieved Aug. 20, 2022 Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/finanzaspersonales/El-costo-de-la-salud-mental-Cuanto-cuesta-ir-al-psicologo-20220222-0084.html>
- Hanser, S. B. (2018). *The new music therapist's handbook* (3rd ed). Berklee Press.
- Jacobsen, S. L., Waldon, E. G., & Gattino, G. (Eds.). (2019). *Music therapy assessment: Theory, research, and application*. Jessica Kingsley Publishers.
- Kern, P., Rivera, N. R., Chandler, A., & Humpal, M. (2013). Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: A survey of clinical practices and training needs. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 274–303. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/50.4.274>
- Kern, P., & Tague, D. B. (2017). Music therapy practice status and trends worldwide: An international survey study. *Journal of Music Therapy*, 54(3), 255–286. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thx011>
- Ley 27.153. Salud Pública. (2016). Ejercicio Profesional de la Musicoterapia. Poder Ejecutivo Nacional. Argentina. Retrieved Aug. 12, 2022 from <http://www.msal.gob.ar/dlsn/categorias/equipo-de-salud/ley-27153>
- Oselame, M. (2022, Jan. 10–14), *Políticas públicas e inserción de la musicoterapia*.

- Simposio Latinoamericano de Musicoterapia. Panamá.
- Paipare, M. (2015). Development of the music therapy profession in Latvia. *Approaches: Music Therapy and Special Music Education, Special issue 7*(1), 127–130.
- Poynton, T. A., DeFouw, E. R., & Morizio, L. J. (2019). A systematic review of online response rates in four counseling journals. *Journal of Counseling & Development, 97*(1), 33–42. <https://doi.org/10.1002/jcad.12233>
- Sabbatella, P. L. (2003). La evaluación en la práctica profesional de la musicoterapia: Un estudio descriptivo en el contexto iberoamericano. Unpublished doctoral dissertation. Universidad de Cádiz, España.
- Sabbatella, P. L., & Mercadal-Brotons, M. (2014). Perfil profesional y laboral de los musicoterapeutas españoles: Un estudio descriptivo. *Brazilian Journal of Music Therapy, 17*, 6–16.
- Smith, C. (2023). Singing the same song: A survey of music therapy contexts in Africa. Research poster presented at the World Congress of Music Therapy, 2023. World Federation of Music Therapy.
- Sue, V. M., & Ritter, L. A. (2012). *Conducting online surveys*. Sage.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. and Bondas, T. (2013). Qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences, 15*, 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Vega, V. P. (2010). Personality, burnout, and longevity among professional music therapists. *Journal of Music Therapy, 47*(2), 155–179. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.2.155>
- World Economic Forum (2023). *Global gender gap report 2023*. Retrieved from: <https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2023>
- World Federation of Music Therapy (WFMT, 2022). Foundational guidelines for music therapy education and training.
- World Federation of Music Therapy (WFMT, n.d.). Regional information. Retrieved on Aug. 15, 2022 <https://www.wfmt.info/regional-information>
- Wu, M. J., Zhao, K., & Fils-Aime, F. (2022). Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports, 7*, 100206. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100206>

¹ El folleto informativo del 2011 de la musicoterapia en México de la Federación Mundial de Musicoterapia señala el establecimiento de la organización profesional *Instituto de Musicoterapia Humanista* en 1996. El *Instituto de Musicoterapia Humanista (IMH)* es una organización privada, con un enfoque limitado y específico y no una asociación nacional.

² Un *diploma* en México es un curso corto, no oficial (comúnmente dado como clases de un fin de semana al mes, por varios meses), típicamente ofrecida en un tema muy específico y como una oportunidad de educación continua. Muchos estudiantes toman estos diplomas como formaciones profesionales/especializaciones después de obtener una licenciatura.

³ El software de Qualtrics tiene una serie de funciones (como detector de “bots”) que identifican respuestas duplicadas analizando el explorador, equipo y localización del usuario. Esta información no se registra, pero las respuestas son marcadas como “duplicado”. Nuestro análisis de contenido indicó que las respuestas eran, en efecto, idénticas en estos dos casos.

⁴ Aunque reclutamos específicamente participantes en México, los volantes fueron posteados en redes sociales que alcanzan a públicos internacionales. Un(a) musicoterapeuta hispanohablante de otro país distinto a México podría haber malentendido el comunicado.

⁵ Dado que la encuesta preguntaba acerca de la práctica clínica en México entre 1997 y 2022, los participantes podían responderla, aunque estuvieran actualmente viviendo en otro país.

⁶ Ya que la primera autora es investigadora en este estudio, su nivel educativo y experiencia no se refleja en esta encuesta a pesar de su práctica clínica en México.

⁷ A diferencia de otros países (p.ej., España), “master” en México se refiere a un programa post-universitario, no oficial, con prerrequisitos, créditos, y reconocimiento limitados, generalmente ofrecidos por organizaciones privadas. En cambio, “maestría” se refiere a un posgrado oficial, aprobado y ofrecido por una universidad.

⁸ Con base en entrevistas realizadas con actores clave fuera de este proyecto, la primera autora considera que es posible que algunas de estas sesiones grupales fueran, de hecho, talleres únicos para grupos grandes, y no grupos terapéuticos, como se reporta con mayor frecuencia en la literatura de musicoterapia.

⁹ RVOE significa Revalidación de Validez Oficial de Estudios, que es un mecanismo por medio del cual la autoridad educativa reconoce programas de capacitación profesional de instituciones privadas después de que cumplen con los requerimientos legales establecidos.

¹⁰ Como se mencionó, en México hay una distinción semántica entre “maestría” y “máster.” Se conserva el anglicismo “máster” para indicar la diferencia.

¹¹ En una conversación ajena a este estudio, uno de los creadores del modelo humanista mencionó que las prácticas clínicas son de 500 horas. Sin embargo, ninguno de nuestros encuestados formados en ese modelo mencionó tener ese número de horas durante su formación.

¹² No todos los participantes respondieron a la pregunta de afiliación a una asociación por lo que este resultado debe tomarse con precaución.