



PROYECCIÓN DE LA VOZ

La proyección de la voz es lo que técnicamente se denomina soplo fonatorio o espiración activa necesaria para que se produzca la voz, y se logra a través de una adecuada respiración que suministra cantidad de aire y control suficiente del soplo para hablar con comodidad, sin sensación de ahogo y a la intensidad adecuada al contexto comunicativo.

Así la proyección vocal se traduce por una voz conectada, vibrante, que puede tanto subir o bajar el volumen sin forzar el aparato fonador, sin que se pierda el sonido fundamental de la voz. Cuando se habla, sobre todo sin micrófono la proyección de la voz es indispensable para que pueda ser escuchada desde cualquier punto.

Al igual que pasa en el canto, en el teatro también se necesita un óptimo manejo de todos los recursos de proyección vocal. El actor tiene que dominar la respiración costo-diafragmática y el soporte de la voz para poder alcanzar todos los matices que le pide el texto y su personaje. Tiene que dominar también el uso de las cavidades de resonancia como son la faringe, la boca y las fosas nasales. Lo hará gracias a la destreza en el manejo de los órganos articuladores móviles (lengua, labios y velo del paladar).

El diafragma

El diafragma, que se localiza debajo de los pulmones, es el principal músculo de la respiración. Es un músculo largo en forma de domo que se contrae de manera rítmica y continua y, la mayoría del tiempo, de manera involuntaria. En la inhalación, el diafragma se contrae y se allana y la cavidad torácica se amplía. Esta contracción crea un vacío que succiona el aire hacia los pulmones. En la exhalación, el diafragma se relaja y retoma su forma de domo y el aire es expulsado de los pulmones.

El diafragma y los músculos abdominales constituyen el elemento de apoyo a la voz, un control regulador de la espiración activa y, consecuentemente, es también conductor rítmico del hablar. Dicha “técnica” de regulación implica primeramente el apoyo, presión y elevación de la columna de aire a la zona laríngea, en seguida, la aparición de la voz, y la vuelta del diafragma a su posición de

reposo, utilizando la musculatura abdominal y torácica. Esto permite, precisamente, el sostén y “apoyo” de la voz que es su función característica.

El control diafragmático significa, entonces, evitar el mal uso de la presión subglótica que crea el acoplamiento laríngeo. Esto puede llegar a afectar o debilitar la tonicidad del esfínter laríngeo, debido a que si el diafragma y paredes abdominales no entran en juego se imposibilita el firme acoplamiento de las cuerdas vocales al hablar. Por ejemplo, si hay exceso en la toma de aire inspirado, es decir, más cantidad del aire necesario, esto obliga al abdomen descendido a “empujarlo” más de la cuenta, tensionando exageradamente las cuerdas, sobrecargándolas.

Dicha “sobrecarga” significa tensión laríngea innecesaria, es decir, engrosa el sonido forzando arbitrariamente la laringe; se provoca así una artificial tensión del órgano productor. Por el contrario, si hay escasez cuando el aliento es insuficiente e imprecisión en el apoyo al hablar o cantar bajo el tono hay caída por sub presión. Entonces, se decolora el “timbre” (resonancia). En este caso, también se repite el cuadro tensional, ahora por falta de aire.

Está claro que al producir la “imagen” vocal excluyendo el apoyo diafragmático abdominal significa, netamente, tensiones musculares a nivel del cuello provocando una voz opaca, frágil, enfermiza, falto de proyección e impersonal como ocurre hoy en millones de personas, lo que derivará, finalmente, en “fatiga vocal”. En ambos casos, así lo demuestra la experiencia diaria, la falta de un control diafragmático conduce a un deficiente rendimiento vocal.



EDUFUTURO

622 palabras

Referencias

<http://www.artescena.cl/wp-content/uploads/2017/12/TEATRO-LA-VOZ-PRACTICADA.pdf>

https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19380.htm

<https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/3957/QuicenoCerinzaAnibalAndres2016.pdf?sequence=6>