



ASAM

Asociación Argentina
de Musicoterapia

45 aniversario
1966 - 2011

Congreso Argentino de Musicoterapia

Prácticas, Realidades, Ecos y Resonancias

ASAM 2011

Hotel Bauen Suites
Ciudad de Buenos Aires
5 al 8 de Octubre de 2011

COMISIÓN DIRECTIVA ASAM

PRESIDENTE

Gabriel Federico

VICEPRESIDENTE

Pedro Boltrino

SECRETARIA

Virginia Tosto

PROSECRETARIA

Julieta Rodriguez

TESORERA

Carolina Vesco

PORTESORERA

Natalia Alvarez

VOCALES TITULARES

Amelia Ferraggina, Marcos Vidret, Clara Galiano

VOCALES SUPLENTE

Judith Martinez, Coral Merayo, Maria Kislo

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Selva Santesteban, Virginia Gomez, Maria Laura Lardani

SUPLENTE COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Vanina Colombo, Patricia Pereira, Sergio Orellana

COMITÉ ORGANIZADOR

Natalia Álvarez

Pedro Boltrino

Gabriel Federico

Amelia Ferraggina

Clara Galiano

Virginia Gómez

María Kislo

Clara Rodríguez

Julieta Rodríguez

Laura Sabatini

Virginia Tosto

Caroina Vesco

Marcos Vidret

PALABRAS DE APERTURA



**Por Lic. Gabriel Federico
Presidente Asociación Argentina de Musicoterapia**

ASAM está celebrando sus primeros 45 años y esto no es poca cosa para una asociación.

Esta asociación siempre estuvo acompañando con acciones el desarrollo de la musicoterapia en nuestro país.

ASAM, de una forma u otra, ha colaborado y formado parte de la construcción de la identidad musicoterapéutica argentina. Y lo sigue haciendo. Y, como no podía ser menos, la comunidad musicoterapéutica tenía una deuda grande que era tener un congreso argentino de musicoterapia. Un congreso que pueda englobar a todo el país, donde se puedan mostrar y compartir los trabajos de los colegas de toda la república.

La idea de este tipo de congreso no es nueva, viene gestándose desde hace mucho tiempo, y como nuestra filosofía de origen es integrar la visión de aquellos que tienen profesiones afines a la nuestra, elegimos el lema del congreso "Prácticas, Realidades, Ecos y Resonancias". Porque estamos seguros de que el intercambio favorece el crecimiento y aquello que hoy sonará aquí, también podrá escucharse en otros lados.

Por otro lado, ASAM es miembro de la Federación Mundial de Musicoterapia y esto también da una proyección internacional a nivel global de todo lo que hacemos.

ASAM es una organización sin fines de lucro donde cada uno de los que la formamos trabajamos solamente con un interés común que es hacer cada día más noble a la profesión que elegimos hace mucho tiempo. Ninguno de los miembros de la comisión directiva, ni de los que participan en los diferentes proyectos cobra un centavo, lo que hace que la tarea sea aun más noble.

ASAM se construye día a día desde la atención a sus socios en la sede, se construye en los eventos que se organizan, en el mantenimiento de una pagina web, en la bolsa de trabajo, en los asesoramientos a los estudiantes para sus tesinas, en las mesas de consenso para poder tener una ley que nos ampare profesionalmente. Se construye en la ayuda legal para los casos donde se necesite, en la lucha constante por dignificar nuestra profesión en los medios, y también en los excesos de equipaje del material que se trae para la biblioteca en cada oportunidad que se tiene.

Pero esto no es obra de Dios. Es obra de mucha gente y en ASAM cada uno es importante, desde los que vienen a dar una mano en la biblioteca, los que

mantienen en condiciones la sede, hasta los que se ocupan de las traducciones, los discuten por los artículos de las diferentes leyes o los que tienen que explicar qué es la musicoterapia en un juzgado para que un tratamiento sea cubierto.

Todos y cada uno de nosotros formamos ASAM, pero como una vez le dije a los miembros de la comisión que organizaron este congreso. ASAM no tiene vida propia, la vida de ASAM se la damos cada día entre todos y depende de nosotros que ASAM siga existiendo.

Es mi deseo profundo que este congreso sea un éxito para todos los que estamos presentes y me atrevería a decir que este Primer congreso Argentino de Musicoterapia, es solo el comienzo de un espacio que perdurará a lo largo de los años, en donde seguramente nos volveremos a encontrar y podremos confirmar que la musicoterapia sigue creciendo.

Con estas palabras doy por iniciado el “Primer Congreso Argentino de Musicoterapia ASAM 2011”

Muchas gracias a todos por ser parte de esta historia.

45 AÑOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA



Por Prof. Dr. Rolando Benenzon

Hace 45 años, nos reuníamos a instancia mía y del Dr. Julio Bernaldo de Quiros un grupo de pioneros para fundar la Asociación Argentina de Musicoterapia. Era el 2 de junio del año 1966. Era la época en que los descubrimientos de Freud y Einstein iban a conmover las ideas. Se abrían y liberaban los conocimientos y la incertidumbre; el contraste y las paradojas se mezclaban dando por resultado una explosión de creatividad. Pero al mismo tiempo la ciencia debió rigidizarse para enfrentar el caos consecuente. La Argentina vivía un explosión cultural y democrática.

El Instituto Di Tella donde Alberto Ginastera creó el Centro Latinoamericano de altos estudios musicales. Bomarzo. Manuel Mujica Lainez "Simultaneidad en simultaneidad" e "Importación y Exportación" de Marta Minujin, "El niño envuelto" de Norman Briski, "Crash" de Oscar Araiz, "Danza ya" de Susana Zimmerman. Solo para nombrar algunas de las obras que se estrenaban. En la vanguardia audio visual, Roberto Jacoby creó "Beat Beat Beatles". Se creó el Centro de Artes Visuales dirigido por Jorge Romero Brest, destacándose artistas pintores y escultores de la talla de Julio Le Parc, Luis Felipe Noé, Antonio Seguí, Clorindo Testa; en fotografía, Humberto Luis Rivas Ribeiro; en la literatura, Cortázar con sus nuevas técnicas narrativas como: "Todos los fuegos el fuego", "La vuelta al día en ochenta mundos", "Modelo para armar". Manuel Puig: "La traición de Rita Hayworth". Antonio di Benedetto, Hector Tizon, Jorge Borges.

Y, por último, la Universidad de Buenos Aires vive su época de oro inaugurada con el rector Rizi Frondizi filósofo e intelectual hermano del presidente Arturo Frondizi. Gestión brillante que luego continuó el ingeniero Hilario Fernández Long. En ese entonces se lanzaron campañas de alfabetización, se fundaron las carreras de Psicología y Sociología. El Instituto del Cálculo estudió la trayectoria del cometa Haley. Se creó el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Se fundó la Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA) que llegó a editar 11 millones de libros, es decir, que se democratizó la Universidad hasta niveles antes desconocidos.

Y no debemos olvidarnos que en julio de 1966 fue la noche de los bastones largos. En ese contexto nacía la Asociación Argentina de Musicoterapia. Era yo, en aquel entonces, muy joven y ocupé la primera presidencia secundándome profesionales de la talla de Rodolfo Arizaga, Frances Wolf, Violeta de Gainza, Helga Epstein, Patricia Stokoe, Luisa Penovi, Adela de Larrocha, Vida Brenner de Aizenwasser. A todos ellos honro en nombrarlos, porque han sido nutriente

fundamental para que sea este inmenso árbol lo que es hoy ASAM. Sus Miembros honorarios el Dr, Julio Bernaldo de Quiros , Guillermo Graetzer,Ernesto Epstein, Rodolfo Zubrisky, Juliette Alvin, Edgar Willems. Para muchos de ustedes hoy son solo nombres pero fueron los pioneros de la educación musical y pusieron las semillas de la musicoterapia en la Argentina.

Sus primeros miembros titulares : Fedora Aberastury, Maria Fux, Cecilia Kamen, Moises Kijak , Ingrid Ostrowski, Ines Yakin, Maria Eva Landszman, Carmen Di Marco, Delia de Desalvo, Rafael Castillo, Lidia Vilariño.

La musicoterapia en aquel entonces tenía dos vertientes:

Aquella romántica , donde la música tenía esa cualidad mágica del poder de los cielos en donde los ritmos , las melodías y las armonías conjuraban el equilibrio necesario para reestablecer la salud o aquella otra de la ruptura de los años sesenta, setenta donde la música también era sonido, ruido y silencio. Todavía imperaba la noción de musicoterapia receptiva, donde la idea de la farmacopea musical coincidía con el pensamiento médico de la causa y el efecto. A tal síntoma corresponde un síndrome, una enfermedad y, por lo tanto, existía la prescripción indicada. La música de Mozart produce tal efecto y la de Bach tal otro.

Por el otro lado, entraba a tallar la psicología dinámica y el psicoanálisis donde ya no era la idea de un hombre y su universo, sino que había un otro y unos otros que configuraban un vínculo.

El hombre estaba dominado también por infinitos desconocimientos que lo condicionaban, como era su inconsciente , los agujeros negros,etc.

En esas aguas turbulentas y contrastantes nadaba yo en aquel momento.

La musicoterapia era una posibilidad de entrar con cierta libertad y adaptarse a todas las circunstancias filosóficas, psicológicas y científicas. Era atraída y coqueteaba entre el mundo del arte y de la ciencia.

Pero tampoco debemos olvidar que también hacían su aparición los educadores que no dejaron de lado la posibilidad de usar la música y llamarla musicoterapia, a todo intento de reeducación.

Prontamente, era claro que la musicoterapia se convertía en una tierra de nadie donde cada cual, la utilizaba según su mejor intuición. La mía fue recrear una serie de ideas de mi práctica psicoanalítica, de mi conocimiento como artista (músico y escultor) y del descubrimiento de la filosofía contemporánea y la física cuántica para que fueran confluyendo hacia la comunicación no - verbal.

En este siglo XXI que comenzamos a transitar, se produce un verdadero caleidoscopio que dependerá de quien lo observe y del momento y la forma en que lo haga.

Los opuestos tienden a desaparecer y, como tal, debemos prepararnos para ejercitar la posibilidad de no entrar en confusión sino entrenarnos en la confusión, o sea, la posibilidad de fusionar nuestros conocimientos compartiéndolos con el caos.

Arte, ciencia, metáfora, creatividad y -comunicación no verbal.

La musicoterapia, en un principio, fue una terapia alternativa (hoy llamada terapia complementaria) aplicable a pacientes muy graves como aquellos con

cuadros psicóticos, pacientes terminales y en coma, autismo, Alzheimer. Fue aquel entonces que me llevo a decir: “la musicoterapia nace con la persona y la acompaña hasta la muerte”.

Poco a poco se fueron abriendo nuevos campos de aplicación en el cual ingresaron enfermedades menos graves como las enfermedades psicosomáticas y la neurosis. Acorde con los tiempos en que vivimos, donde las problemáticas sociales, educativas, culturales y comunitarias requieren una amplia co –participación de la musicoterapia, ésta comienza a tener un papel trascendental.

Se inicia la aplicación en el complejo campo de la prevención primaria, en el campo social, educativo y comunitario. Así, iniciamos los proyectos de la aplicación de la musicoterapia en las salas de espera de los hospitales generales, en los grupos de adolescentes, drogadicciones y, actualmente, en la posibilidad de favorecer la integración de los excluidos, marginados y los inmigrantes.

Cada vez que nos reunimos en un congreso, en una jornada en un fórum intentamos imponer un orden general al aparente desorden y creo que eso es un error que no hace más que empeorar las cosas.

Debemos mantener un estado mental creativo sensible a las diferencias entre hecho observado y cualquier idea preconcebida.

Nosotros siempre estuvimos en ese lugar tan particular entre ciencia y arte. Recordemos que ciencia y arte tuvieron un origen común en un remoto pasado. Habían sido complementarias, pero, al entrar en contacto con la evolución del mundo, se han separado y se han vuelto distantes. El trabajo científico es tan creativo como el trabajo de un artista y de un terapeuta. La propia palabra *teoría* une ambos conceptos. *Teoría* deriva de la palabra griega que comparte la misma raíz que teatro que significa ver o hacer un espectáculo. Esto sugiere que la teoría se ha de contemplar, básicamente, como una forma de ver el mundo a través de la mente y del espíritu a la manera de una revelación y no como una forma de conocimientos sobre lo que es el mundo.

También compartimos la palabra *proceso*, que viene del verbo *proceder*, que significa dar un paso hacia adelante, lo que significa un movimiento que se produce en forma gradual y ordenada. Ese movimiento no se mide por un tiempo, es un movimiento que tiene que ver con nuestro ser, sería un ser en movimiento que observa y siente. Porque tanto el científico como el artista como el terapeuta sienten.

Por eso se vuelve cada vez más profunda la formación de un musicoterapeuta ya que en él se funden, se co – fusionan estas alternativas para re crear una nueva.

Creo que la musicoterapia tiene hoy en día un objetivo muy claro: ir a la búsqueda del hombre olvidado, El siglo XXI nos enfrenta a una de las epidemias más desoladoras de la humanidad: el aislamiento,

El hombre está perdiendo sus raíces, su etnia, olvida su comienzo, su primitivismo, su historia lo esencial de su ser. En esta falta de su memoria histórica se inscribe su aislamiento. Una de las grandes crisis de la postmodernidad es que el hombre está perdiendo su identidad como tal.

Los sistemas tecnológicos que parecían conducir a la humanidad a una extraordinaria evolución, en realidad la encaminan a una permanente involución de su ecosistema y a una mayor incomunicación entre los seres. Estamos perdiendo la calidad de vida. Es en este contexto donde la musicoterapia cumple un importante papel para la sociedad. El hombre usa los medios audiovisuales para

alejarse de sí mismo su sentir, sus afectos, la verdad, sus deseos. El lenguaje verbal se ha convertido en un sistema defensivo, utilizado como coraza para encubrir las emociones. La musicoterapia, valorizando el no verbal como alternativa de reconocimiento de sí mismo, consigue el comprender y reconocer al otro, al prójimo.

Durante más de 40 años he realizado las experiencias de grupo e individual de la musicoterapia didáctica, columna vertebral de la formación del Modelo Benenzon, buceando en el contexto no verbal como única alternativa de comunicación y de expresión de la personalidad. En ese sentido, la musicoterapia debe responder a importantes preguntas:

¿La expresión de la personalidad se puede realizar sin el uso del lenguaje hablado?

Digo: Si

¿Se puede elaborar pensamientos a través exclusivamente del uso de los códigos no verbales?

Respondo: Si

¿Se puede desarrollar un proceso vincular y transferencial a través solamente de la comunicación no verbal?

Considero: Si

El musicoterapeuta se acostumbra, en el curso de su experiencia en el no verbal, a reorganizar la descarga hacia un equilibrio donde predomina la repetición, lo previsible, lo cíclico, la regularidad, la simetría, la simplicidad, lo divisible, la paridad; pero al mismo tiempo exactamente lo contrario: lo regresivo hacia el caos. Ese caos que se produce en un momento de la trans temporalidad y en donde sucede la explosión de la emoción y se instaura la transferencia y la contratransferencia. Allí aparece el ritmo binario expresado simultáneamente en el diálogo entre el paciente y el musicoterapeuta. En ese instante trans espacial aparece el conflicto entre lo invariable o entre dos invariables que se contraponen.

Cuando ese ritmo binario se interrumpe aparece el error compulsivo del musicoterapeuta que pretende volver al equilibrio anterior, o a tratar de neutralizar esa circunstancia temporospatial única e irrepetible.

¿Qué significa un paciente que en la regularidad de una percusión binaria, de pronto pega un fuerte golpe en el tambor?

Ese es el golpe de su historia no verbal, es la puesta en marcha de las asociaciones corpóreas no verbales que entrelazan la memoria no verbal y la memoria arcaica, que perturba y repite en el actual vínculo de la historia no verbal que se vuelve a tejer con el musicoterapeuta.

El Musicoterapeuta debe aprender a nadar en un agujero negro donde ante una serie de fuertes golpes de un paciente, duda entre la catarsis o el acting-out o si lo que imita es lo previsible o debería responder a aquello imprevisible que se encuentra en el devenir del vínculo. Es en ese cono de sombra donde hace luz la creatividad.

Es por estas motivaciones que el musicoterapeuta que usa el código no verbal está más cerca de comprender el concepto de "Aleph" de Borges o el "Rizoma" de Deleuze o "El Castillo" de Kafka.

Nos corresponde ampliar la visión de ver simultáneamente las dos caras de una misma moneda en cualquier situación concreta de cualquier vínculo. El poder amalgamar lo particular y universal, lo concreto y abstracto la coincidencia de los opuestos.

El lenguaje verbal es sucesivo, el lenguaje no verbal es simultáneo como pretende ser el "Aleph".

Hace 40 años atrás creaba el test proyectivo sonoro y la testificación del encuadre no verbal. Los mediadores eran múltiples instrumentos sonoro musicales. Fui creyendo, creando y creciendo. Hoy el mediador es simplemente un contenedor de agua y mi cuerpo. Hoy, ya no creo más en la musicoterapia receptiva, ya no creo más en las evaluaciones cuantitativas y apenas algunas cualitativas, porque ya no creo más en las evaluaciones, ni en las estadísticas. Tampoco creo en las definiciones, ni en el cientificismo ni en la evidencia científica y poco en la tecnología. Hoy la convidada de piedra es la ética. En pos de todo lo ante dicho nos olvidamos de la ética. Nuestro devenir debe estar basado en la ética del vínculo, en un inter - somos.

Hoy en día aparecen en la musicoterapia los modelos.

¿Que es un modelo?

Un Modelo no es la formulación de una serie de técnicas o metodologías de aplicación, sino que es una manera de mirar, sentir, percibir, es decir, de interactuar con el otro. Por eso defino mi modelo como un camino sobre lo caminado y por caminar, caminando. Este camino está basado en la ética del vínculo, en un inter - somos. Donde el otro se convierte en el Yo - Otro y en él Nos - Otros.

Para percibir, y sentir con el otro, debemos dejar de lado la definición, la técnica y la observación. La definición es la solidificación de los conceptos, es una manera de poner en palabras ideas que quedan atrapadas, con la imposibilidad de modificarse a medida que el tiempo, la experiencia y la capacidad de adaptabilidad nos imponen. De - finir no es más que poner un fin.

La comunicación no - verbal, en una situación vincular terapéutica, es de tal sensibilidad que requiere una permanente revisión de la ética vincular entre un terapeuta y un otro. En el Modelo, la ética, se resume en los *No - Out* y los *Co - Out*, entiendo como *No Out* aquellos comportamientos terapéuticos tendenciosos que debemos abolir porque contradicen la ética del proceso vincular. En cambio los *Co - Out* son aquellos comportamientos terapéuticos que se desarrollan en la interacción con el otro. Engloba actitudes que requieren el mayor de los esfuerzos porque son los que exigen acompañar al otro en su recorrido existencial a fin de que pueda tener una mejor calidad de vida con independencia de cuales sean sus fines políticos, educativos, religiosos, culturales, sociales o científicos.

Aquí se hallan los comportamientos éticos que están al servicio de la humanidad.

La enumeración de las acciones que el terapeuta no debe realizar tiene como objetivo que este, reflexione en cada momento acerca de sus propias pulsiones.

Son actitudes negativas que transforman las energías de deseos originales en aquellas otras consolidadas en los paradigmas de Khunt y establecidos en el proceso cultural de nuestra civilización occidental.

Algunos ejemplos de estas actitudes son:

No: interpretar, no intervenir, no invadir, no incitar, no inducir, no indagar, no intrigar, no inyectar, no censurar, no escrutar, no experimentar, no excitar, no

etiquetar, no estigmatizar, no estatizar, no estimular, no prescribir, no provocar, no prejuizar, no seducir, no sugerir.

Somos criados, educados, entrenados y sometidos a todas estas acciones antedichas. Más aún, son acciones que están bien consideradas y, por lo tanto, permiten clasificar a un individuo en función de pautas reconocidas tanto para su integración en la sociedad, como para desarrollar cualquier tipo de actividad en el campo científico, político, religioso o educativo.

En función de la experiencia vincular, he agregado otros dos *No Out* que me parecen que merecen nuestro pensamiento: no suturar y no observar.

No - suturar: La cicatriz consolida una vieja herida que continua rígidamente imponiendo su presencia. La cicatriz se produce cuando suturamos una herida.

Metafóricamente una herida es la expresión de un conflicto, de un trauma, de un dolor. La sutura, la cierra, la cancela, la define, la estructura en una cicatriz que inmortaliza la antigua herida, impidiendo así su alternativa de resolución por el camino de la auto - organización. En el vínculo terapéutico hay una tendencia a suturar los conflictos, evitarlos, esfumarlos, negarlos, en función de mantener la nutrición narcisística del terapeuta. La pregunta ética que nace es ¿cuál es el derecho que le asiste al terapeuta a suturar una herida del otro?

No - observar: en este *no - out*, reflexionamos ayudados por la física cuántica.

Veamos algunas ideas de la física cuántica: la observación crea la realidad observada, o sea, una observación produce la propiedad observada; las observaciones no solo perturban lo que se va a medir sino que lo producen; la teoría cuántica establece que los átomos y las moléculas no están en ninguna parte hasta que nuestra observación los crea allí donde los detectamos; nuestra observación no sólo crea la realidad actual sino una historia congruente con esa realidad y agrega que cualquier observación que aporte información colapsa el estado previo. Lo más difícil de aceptar quizá sea la implicación de que nuestra observación no solo crea una realidad presente, sino que también crea un pasado congruente con esa realidad. La observación en y de sí misma sin ninguna perturbación física puede afectar instantáneamente a un sistema físico remoto.

“No puedes zarandear una flor sin perturbar una estrella” (Francis Thompson)

Todas estas ideas nos hablan claramente de que nuestra actitud terapéutica debe evitar la tendencia a la observación. Este *no - out* pone en crisis el monitoreo corporal del terapeuta en la relación vincular en el no - verbal.

Sabemos que entre el paciente y el terapeuta se comparten intercambian y se re crean infinidad de energías. Estas energías de comunicación contenedoras de todo lo antedicho se dirigen hacia uno y hacia el otro estableciendo un vínculo.

En este vínculo encontraremos el Iso en Interacción constituido por los rituales de la relación. Ambos cuerpos son monitores y mediadores de la relación con el otro.

Profundicemos estos dos conceptos.

Monitor y mediador. Veamos primero el significado de ambas palabras:

Mediar: *del latín mediare: Llegar a la mitad.* Estar una cosa entre otras. Hablando del tiempo, transcurrir. Ocurrir entre media una cosa. Mediar con alguno o entre los contrarios.

Mediado: que sólo contiene la mitad de su cabida que está a medio llenar.

Monitor: del *latín monitor. El que avisa advierte o amonesta*. Existe un reptil llamado monitor que debe su nombre a la creencia vulgar de que con sus gritos avisa la presencia de los cocodrilos

Monitorio: que amonesta o avisa. Advertencia, amonestación.

Ambas palabras parecerían no tener nada en común.

Pero, en la práctica clínica, la relación que se instaura terapéuticamente nos lleva a formular una primera hipótesis de trabajo: el cuerpo del terapeuta es el verdadero monitor de la relación con el paciente y a su vez el mediador fundamental del vínculo entre ambos.

El cuerpo del paciente es el verdadero monitor de la relación con el terapeuta y el mediador más importante del vínculo entre ambos.

El concepto es que ambas capacidades monitorear y mediar. Están ligadas en el sentido que para mediar primero hay que monitorear.

¿Porque?:

Debemos monitorear en qué medida podemos dar y recibir. No se puede dar compulsivamente porque eso invade, sobreprotege y anula al otro. Tampoco se puede dar tan poco que el otro no pueda recibir y lo aislé y nosotros no podemos comprender lo que necesita el otro para poder compartir y acompañarlo. Es decir, monitoreamos en la medida que nos acercamos a través de los mediadores que favorecen dicha comunicación. Surgen, entonces, las preguntas que trataremos de responder.

¿A quién monitorear?

¿Con que?

¿Qué?

¿Para qué?

¿Cómo?

Se monitorea el cuerpo del otro pero, a su vez, también el de los mediadores. También se monitorea el cuerpo propio. Es decir, existe un monitoreo del afuera y uno del adentro. Esto significa que el terapeuta para monitorear debe disociarse.

Una parte de su cuerpo reconoce la propia historia corpóreo sonoro no verbal y a través de esa reconoce la historia corpóreo no verbal que expresa el paciente.

El concepto es, que se monitorea siempre en función de la referencia propia y personal.

Si no existe este conocimiento interno no hay funcionamiento del monitor.

¿Qué puede avisar un cuerpo sino reconoce lo que viene del otro, del afuera? ¿Con referencia a su adentro?

Para reconocerlo tiene que impactar lo percibido en la unidad de percepción y de su propia memoria arcaica y no verbal.

Porque a diferencia de una maquina que monitorea el cuerpo de un paciente que solo avisa de un aspecto parcial del cuerpo del paciente, sean los latidos del corazón o la respiración, el monitoreo vincular (que así lo llamaremos de ahora en adelante) monitorea o sea le avisa al cuerpo del terapeuta lo que el cuerpo del paciente expresa en su totalidad.

En un vínculo no verbal se percibe la totalidad,; sólo así se reconoce el sistema comunicante.

Debemos pensar en unidad y no en parcialidades. Esta es la diferencia que comenzamos a establecer con un pensamiento científico que desmenuza que disea. Fragmentar lo percibido genera confusión y crea ilusiones y engaños.

Einstein, desde la ciencia, ya había propuesto que para conseguir una descripción coherente de un tubo del mundo proponía ver el universo como un campo unificado e indivisible. Esa debe ser la visión nuestra del otro como un cuerpo único indivisible e irrepetible.

Para eso hay que entrenarse en romper nuestras estructuras académicas de observar. El terapeuta no observa al otro, sino que Con – templa lo que Com – parten y se co - munican. El otro nos transmite su función esencial sin la necesidad que a partir de ello necesitemos imaginar que hay algo que lo provoca en particular.

El pensamiento terapéutico debe ser creativo- artístico y ético.

El no – verbal permite comunicar lo no pensado más que lo conceptual o lo concientizado

Mediar es solo llegar a la media. Para esto es importante tener en cuenta la distancia óptima que significa respetar el territorio del cuerpo del otro. Esa distancia óptima significa que hay límites y fronteras en un proceso vincular. Es el vaso de Pitágoras: hasta una cierta medida el vaso contiene todo el líquido, después de la cual el líquido se vierte hacia fuera en su totalidad.

El terapeuta, para poder monitorear, debe anular los deseos que están implícitos en cada uno de los *no – out* , de la ética que hemos establecido.

Nuestra formación del siglo XXI es eminentemente intervencionista,, estimulante. El mupsicoterapeuta, en su afán de “furor curandis”, desea saber de antemano el diagnóstico, o sea, estigmatizar etiquetar al otro. Requiere información previa sobre algunas ideas preconcebidas del paciente como por ejemplo: si es agresivo, si está aislado, si habla, si grita ; en otras palabras, necesita prejuizar. Necesita fijarse objetivos a alcanzar para preparar estrategias de intervención , estimulación, provocación , inducción, seducción, para cumplir esos objetivos en la forma más rápida y eficaz posible cumpliendo, así, las expectativas paradigmáticas del equipo de salud que espera determinados resultados estadísticos preconcebidos sobre el supuesto síndrome y modificación de síntomas previstos. Todo esto anula la capacidad de monitorear y de mediar.

El Mupsicoterapeuta, de esta manera, se convierte sólomente en un instrumento de transformación del paciente a gusto y deseo de la institución o del pigmalionismo del grupo científico y familiar en lugar de esperar y reconocer al otro.

La diferencia substancial con el aparato de monitoreo es precisamente esa: el aparato de monitoreo va a monitorear ideas preconcebidas, en cambio, el terapeuta no sabe lo que va a monitorear. El Mupsicoterapeuta va a intentar reconocer al otro como tal. Inter-actuar en la mediación. De esa forma mediará de acuerdo a ese reconocimiento. Por lo tanto, es posible que sienta que el mediador, en ese momento, es la respiración, o es el agua que se mueve en la palangana, o es el encendido del fuego en una vela, o es el acercarse o alejarse con el cuerpo para distinguir la distancia óptima para comunicar.

Otras preguntas aparecen a medida que profundizamos.

¿ Con que monitoreamos :con la consciencia o con el inconsciente?

Modificando la pregunta.

¿Debo estar consciente para monitorear, y entonces el paciente en coma no podría monitorear la presencia del otro?

Decíamos que el monitoreo es una unidad única de percepción, por lo tanto se monitorea con la totalidad de nuestro cuerpo, sea este perteneciente al inconsciente pre consciente y consciente como describe Freud el aparato mental. Entonces recordemos que el paciente también monitorea la presencia del musicoterapeuta. El paciente monitorea la presencia y ausencia del otro. La invasión mayor o menor de su territorio. El olor determinado más intenso o menos intenso. Se oler a su vez medirá la distancia del otro en función de su propio cuerpo. El contacto piel a piel o guante piel o sudor piel o temperatura piel o tensión piel.

La otra pregunta que surge es:

¿Se puede monitorear y mediar al mismo tiempo?

La respuesta a esta pregunta es parte de la teoría de la comunicación. El monitorear es mediar. La presencia del otro es ya una mediación.

Por eso es absurdo cuando me dicen que en el modelo Benenzon el musicoterapeuta no hace nada. No hacer nada es una de las acciones más difíciles de entrenarse para con el otro. No hacer nada es esperar, atender, escuchar, sentir acoger contener percibir admitir tolerar con lo cual anula la observación. Todo aquello que nunca o pocas veces encontró el otro en su devenir por la vida.

Monitorear es crear un espacio y un tiempo para que el otro pueda a su vez monitorearme y mediar sus expresiones hacia mí.

Siguiente pregunta:

¿Cuánto se puede monitorear o sea la hiperestimulación o la invasión de unidades de percepción no pueden modificar la capacidad de monitoreo?.

Sin lugar a dudas que la invasión de estímulos perturba la capacidad de percepción y de expresión. Por eso preconizo el silencio, el vacío y la quietud, como unidad de percepción fundamental de referencia. Porque el silencio „me permite escuchar,“ el vacío me permite llenarlo y la quietud me permite observar el movimiento

Dime quién monitorea y te diré lo que monitorea.

Ningún vínculo adquiere consistencia hasta que no somos inconscientes de él mismo. La consciencia es sólo una estructura al servicio del inconsciente. No existe experiencia vincular sin elección y no hay elección sin deseo y el deseo crea tensión y pulsión y esto influencia.

En el no verbal no existe separabilidad en el sentido de Einstein, sino simultaneidad y superposición. Einstein decía contradiciendo a Bohr que una partícula debería tener una realidad separada, independiente de las mediciones.

Principio de incertidumbre de Heisenberg. Dice que al mirar de qué rendija sale un átomo lo golpeamos con fuerza suficiente para desdibujar cualquier patrón de interferencia. Cuando al terapeuta algo le ha sido impactado el terapeuta ha sentido al otro. Si pretendemos llegar a una asepsia total de la situación vincular, podríamos pensar que aun los protocolos estarían influenciando en dicho proceso. La posibilidad de no registrar ni con videos, ni audios, nos va liberando de la actitud de observación, y nos permite internarnos en la trans-temporalidad y trans-espacialidad. Llegaremos así a esa zona de nadie donde se produce el intercambio permanente.

La observación es una defensa del yo del terapeuta diciendo: yo estoy en un lugar diferente al tu - yo. Por eso, resultan tan eficaces las primeras cuatro actitudes fundamentales del inicio de cada sesión impuestas en el modelo.

Esperar, atender, escuchar y percibir o acoger.

Dejo como última posibilidad de reflexión las palabras de Ilya Prigogine:
“Los desarrollos recientes de la termodinámica proponen por tanto un universo en el que el tiempo no es una ilusión , ni disipación ,sino creación”.

En todo esto se basa la ética terapéutica que hoy con la evidencia científica se ha dejado de lado, por eso hoy la verdadera discapacitada es la sociedad. Hoy la crisis está en cada uno de nosotros, porque nos hemos olvidado del hombre, del otro. Por eso sólo creo en el vínculo, en la comunicación vincular, única alternativa que aun nos queda de construir un mundo mejor, protegiendo la calidad de vida de cada uno de nosotros.

Muchas gracias

ÍNDICE DE TRABAJOS

Deterioro cognitivo y demencias: la experiencia de la remporalidad a través de lo sonoro – musical (poster). *Pág. 18*

NATALIA ÁLVAREZ

Promoviendo la escucha. Entre el silencio y el grito. *Pág. 19*

RUBEN AMATO

La estructura rítmica como el encuadre que permite la expresión de las emociones y posibilita la capacidad de disfrute. *Pág. 24*

NOEMÍ COMBA

Musicoterapia de improvisación vcal en prevención para docentes. *Pág. 29*

ANDREA DEVESA

Musicoterapia Prenatal, un preludio a la vida. *Pág. 45*

GABRIEL FEDERICO

Musicoterapia: pensando en su objeto de estudio. *Pág. 49*

AMELIA FERRAGGINA

Una vieja canción para un nuevo sujeto. *Pág. 54*

JUAN MARTÍN GIMENEZ MORESCO

De la demanda individual a la integración comunitaria: musicoterapia con mujeres. *Pág. 61*

EQUIPO ICMUS

Abordaje usicoterapéutico en organizaciones barriales. *Pág. 64*

EQUIPO ICMUS

Musicopsicofilaxis clínica y quirúrgica. *Pág. 70*

MATÍAS MORALES MANTEROLA

The taste of music: a two – way trip from cognitive science to music (presentación PPT). *Pág. 74*

BRUNO MESZ

Adapaciones en Musicoterapia. *Pág. 77*

RALF NIEDENTHAL

Belleza en Musicoterapia (presentación PPT). *Pág. 81*

PAUL NOLAN

Musicoterapia: un aporte desde la perspectiva interdisciplinaria en el tratamiento del autismo. *Pág. 84*

M. NUZZI, N. MARSIMIAN, S. BAELTI

Musicoterapia en el gabinete de psicopedagía y asistencia al escolar de Tierra del Fuego. *Pág. 89*

J. ONTIVERO, P. GUZMÁN, G. FERNANDEZ, M. WACZINKY, V. FACIO

El musicoterapeuta ante el nuevo paradigma en salud mental: ¿nuevo paradigma para el musicoterapeuta? *Pág. 93*

LAURA ROSSI

Musicoterapia en la unidad de cuidados intermedios. Hospital Pedro Elizalde. Caso Z. *Pág. 96*

SAL MOYANO, C., MILLENPERIER, G.

El destino no sabido de cómo se cosruye una oreja colectiva. *Pág. 101*
MARISABEL SAVAZZINI

Improvisación libre y juego con pacientes pediátricos en cuidados paliativos con internación prolongada. *Pág. 108*
GABRIEL SOLARZ

La construcción de la evidencia en Musicoterapia clínica. *Pág. 111*
VIRGINIA TOSTO

Musicoterapia con personas viviendo con enfermedad crónica. *Pág. 123*
V. TOSTO, S. SATISTEBAN

Proyecto transdisciplinario de Musicoterapia y Expresión Corporal en educación especial. *Pág. 130*
D. VALLE, F. CILIBERTO

Intervenciones sonoras y gestuales en el trabajo imusicoterap+eutico con niños de presentación autista. *Pág. 134*
CAROLINA VESCO

La importancia de la voz en Musicoterapia. *Pág. 136*
MARÍA VIDAL MORO

Flexibilidad, continuidad, configuraciones. La narrativa musical en la vejez. *Pág. 142*
M. VIDRET, N. ÁLVAREZ

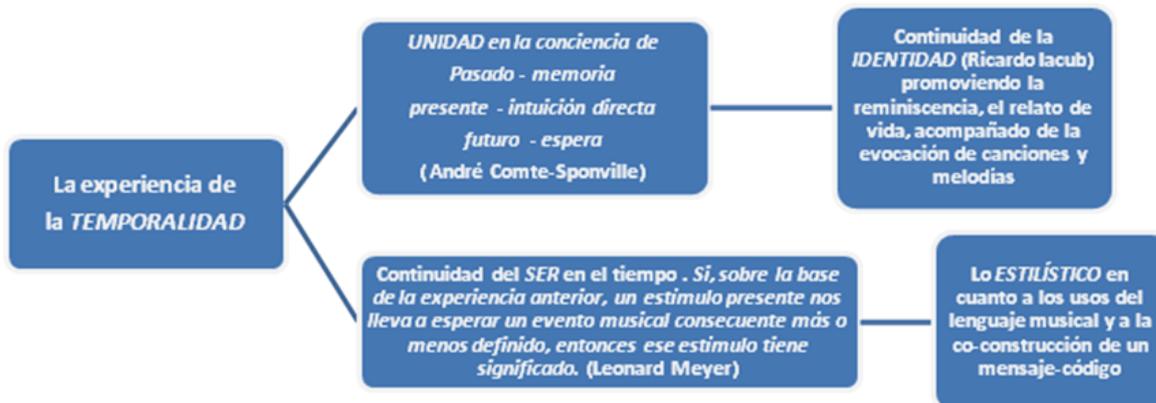
DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS: LA EXPERIENCIA DE LA TEMPORALIDAD A TRAVÉS DE LO SONORO – MUSICAL

Lic. Natalia Alvarez

La esencia de la experiencia temporal del arte consiste en aprender a demorarse.

(Hans-Georg Gadamer)

Entre otras cosas, el sentido de la experiencia musical en Musicoterapia reside en *habitar* el tiempo significativamente, se trata de una *presencia* que reúne sincrónicamente lo que ha sido y lo posible, en un *devenir coherente* que puede ser entendido fundamentalmente desde dos aspectos: el autobiográfico y el estilístico. El contenido y la forma, el sentido y la expresión. ¿Cómo emprender la *experiencia de la temporalidad* para mantener la calidad de vida de las personas con D.C. leve a moderado?



Taller de Musicoterapia en un Centro de Día de Multiestimulación con D.C.L.-M.

La TEMPORALIDAD como ESTRATEGIA

Búsqueda de la atención recurrente sobre un EJE de actividad

(ej.: tema, género, versión, material, imagen, idea)

Focalizar la atención desde la **regulación** de niveles de estimulación: alternar experiencias **receptivas y expresivas**. A la vez que se promueve la integración de **necesidades psicosociales** desde dinámicas **intermusicales**.

La **experiencia sonoro-musical** sostenida desde un **EJE de actividad** funciona como **marco de referencia** que puede facilitar la integración de los tres tiempos que se reúnen en ella desde el **recuerdo evocado**, la **actividad presente** y la **expectativa** de su continuidad en el evento sucesivo que resulta de su antecedente.

FUNCIONES QUE SE FAVORECEN



SOSTENER LOS NIVELES DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN
REGULACIÓN EMOCIONAL y CONDUCTUAL

*No porque haya tiempo el ser continúa y cambia:
es porque el ser continúa y cambia que hay tiempo.*

André Comte-Sponville

PROMOVIENDO LA ESCUCHA. ENRTE EL SILECIO Y EL GRITO: LA VOZ. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO.

Ruben Amato

Contacto: rubenamato48@hotmail.com

Resumen

El presente proyecto integrado es el producto de la elaboración de un trabajo comunitario interdisciplinario consistente en la aplicación de técnicas y recursos propios de la Musicoterapia y la Psicología, con el objetivo de fortalecer la capacidad de la población infantil de reapropiarse de su infancia, su cultura, sus valores, su música y la de sus orígenes; posibilitar la resignificación del sujeto y la construcción de su identidad y la creación de representaciones subjetivas y sociales que aumenten su inserción comunitaria, socio-histórica asumiendo roles en relación dialéctica, operativa y beneficiosa.

Nuestro trabajo propone un dispositivo de abordaje interdisciplinario, que incluye el encuentro privilegiado de la Musicoterapia con la Psicología y la Música, del cual no conocemos antecedentes.

Nuestro accionar se desenvuelve en el ámbito comunitario en el marco de un programa de extensión universitario denominado: **"Promoviendo la escucha, entre el silencio y el grito: la voz"**.

Se desarrolla en instituciones educativas de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires a las que asisten niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial.

El encuentro se produce a modo de praxis crítica, participación que convoca a:

Estudiantes universitarios que enriquecen así, su formación académica

Niños, adolescentes y maestros sobre los que se estimula su desarrollo subjetivo

Instituciones que habilitan un espacio que en algunos casos promueve o inicia su propuesta comunitaria.

Esta dialéctica converge en un encuentro de sujeto y sociedad, de teorías y prácticas, de recursos sonoros y lúdicos, de silencios y gritos, en libertad.

Deseamos que nuestra práctica resuene como una apertura multilineal de caminos provocando ecos en otros y en nosotros.

Experiencia en jardín de infantes. Introducción

Presentación

El presente proyecto inicia sus acciones, a principios del año 2010 para atender la demanda de un grupo de niños (25 aproximadamente) que acuden a la Sala integrada de 3 y 4 años ("Los Duendes") perteneciente al Jardín de Infantes y Guardería Comunitario "Crecer Juntos". Esta Institución funciona dentro de la Asociación de Fomento Federico Lacroze ubicada en el barrio de Chacarita, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este contexto se observó la importancia de crear, para estos niños, un espacio de integración, descarga y contención, donde pudieran desplegar su expresividad en pos de su desarrollo

subjetivo. A tal fin, se propuso, desde un enfoque Musicoterapéutico, un espacio lúdico-expresivo en el cual lo córporo-sonoro-musical vehiculizara los procesos de aprendizaje propios de la infancia y sirviera como modo de canalizar y elaborar situaciones conflictivas contribuyendo a dicho desarrollo.

Este proyecto, que comenzó en el mes de mayo, se llevó a cabo en principio, una vez por semana con una duración de 45 minutos aproximadamente. Quienes aún estamos a cargo de este espacio somos: el musicoterapeuta Rubén Amato, quien realiza las supervisiones, un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires, y un equipo interdisciplinario con el que se realizan reuniones periódicas en las que se supervisa

las distintas actividades que se llevan a cabo dentro del programa de extensión.

Objetivos

El objeto de esta exposición es comentar brevemente el proceso de cambios observados y cómo el mismo repercutió en nuestra experiencia de formación académica. En este sentido, señalaremos tres áreas de análisis en relación recíproca:

- Área de proceso académico
- Área de proceso de abordaje
- Área de proceso institucional

Entendemos a cada una de estas áreas como un espacio de encuentro real y simbólico. En este sentido, en el proceso académico este proyecto supone un encuentro entre los constructos teóricos y la experiencia práctica; en el proceso institucional, una dialéctica entre la construcción y deconstrucción de lo social y lo individual; y finalmente, en el proceso de abordaje, se enlazan todas las áreas en el aquí y ahora de un hacer que conjuga un enfoque interdisciplinario y una realidad comunitaria, que integra tanto a la institución educativa como a las familias.

Desarrollo

En primer lugar, señalaremos la importancia del espacio de práctica en el proceso de aprendizaje para la formación académica. En este sentido, comprendemos que la apropiación del saber a través de la observación participante promueve el surgimiento de nuevos interrogantes, favoreciendo un rol activo en el aprendizaje.

Observamos a lo largo de este tiempo un proceso de cambios en el modo de acercarnos al conocimiento. La experiencia ofrece nuevos enfoques del material teórico estudiado, y una posibilidad de integración y entrecruzamiento de los contenidos. Asimismo, la realidad excede al campo de la palabra, por lo que aquello que se puede contar de ella es sólo una parcialidad, "lo indecible" sólo es accesible en el campo de la experiencia.

De este modo, un encuentro con "lo real" resignifica el encuentro con "lo simbólico", con el bagaje conceptual que obtenemos de la lectura. Somos sujetos del lenguaje y con ello de la palabra: puesta en acto de un sistema internalizado que afirma nuestro deseo y nuestro lugar como sujetos. Los interjuegos sonoros entre el silencio de la escucha y la emisión sonora del grito y la voz que preceden a este acto, dan cuenta de la dialéctica entre "la receptividad" y "la acción"

que requiere cualquier instancia de aprendizaje.

Por consiguiente, la experiencia práctica contribuye a desmitificar los ideales universales que se construyen a lo largo del proceso de formación: el encuadre ideal, el paciente ideal, entre otros. Todos ellos entran en conflicto con una realidad repleta de vicisitudes que nos exige flexibilidad y creatividad a la hora de lidiar con lo que el entorno nos brinda. En este sentido, la construcción y deconstrucción del conocimiento en función tanto de los principios vigentes como de una lectura particular de los hechos debería ser el modo de transitar el camino del aprendizaje hacia la formación académica.

En lo que respecta al aspecto institucional, es significativo el proceso observado en relación al nivel de inserción del encuadre propuesto. Al iniciar la actividad, nos encontramos con una institución fragmentada: niños, familias y cuerpo docente, no compartían espacios de encuentro. Esta fragilidad en el vínculo se hacía evidente a la hora de trabajar, por ejemplo, la falta de información de los docentes para con nuestra tarea. Los niños pasan alrededor de doce horas en el jardín, tiempo mucho mayor del que comparten con sus familias. En este sentido, la institución opera de "hogar transitorio". Esta situación, nos hizo pensar en nuestra función a nivel institucional: posibilitar un nexo entre los niños, la institución y las familias favoreciendo el sentimiento de pertenencia, la grupalidad, los espacios de encuentro. Fue así, como a lo largo del año planeamos, en relación a lo trabajado con los niños, una actividad de cierre donde pudiéramos hacer partícipes tanto a las familias como al cuerpo docente. Esta experiencia marcó un punto de inflexión en el proceso de trabajo respecto de la valoración de la institución y las familias para con el espacio propuesto.

En efecto, la direccionalidad de la misma nos permitió llegar a esta instancia, y durante este proceso de construcción se consolidaron:

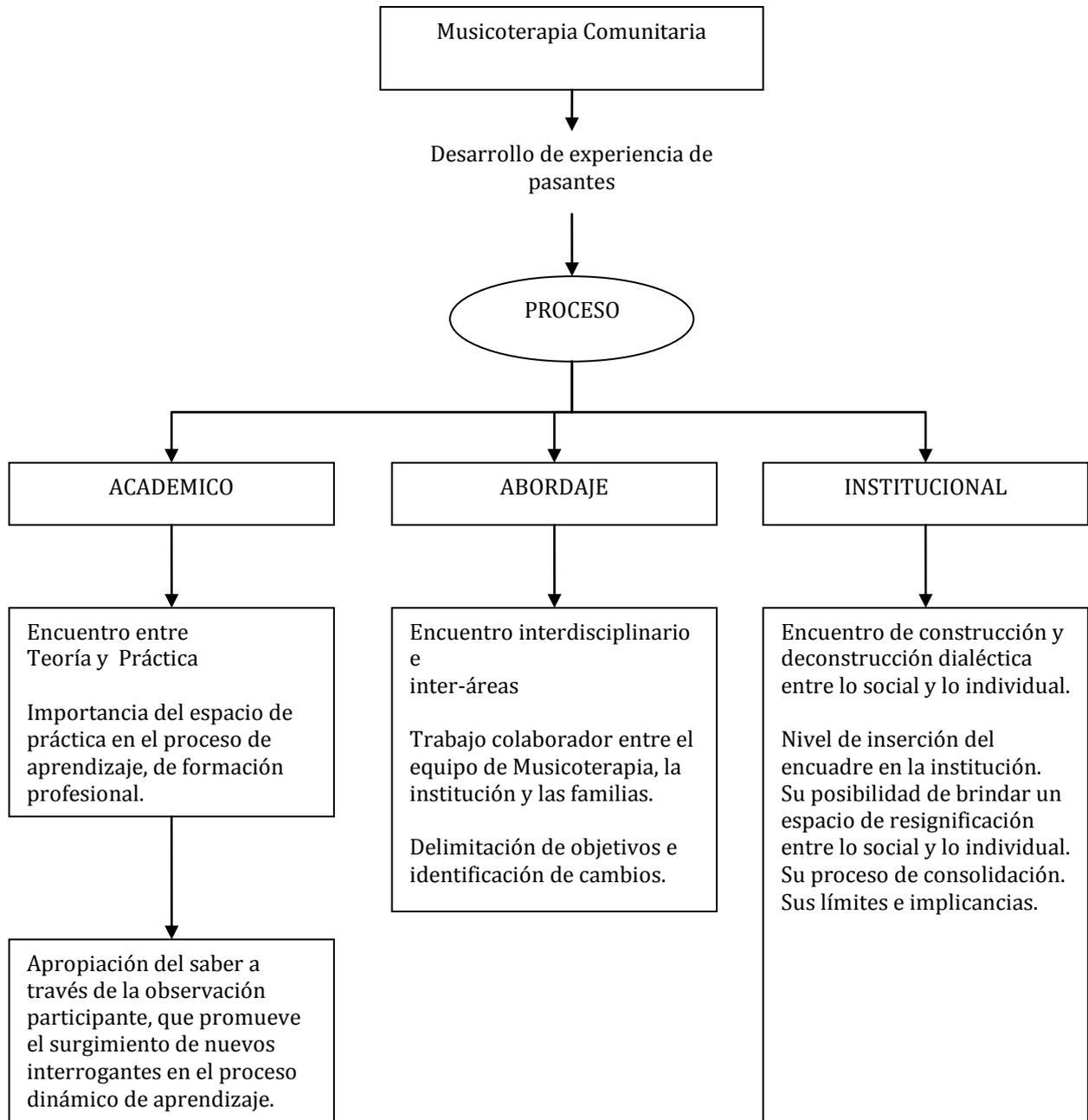
- El lugar del espacio a nivel institucional (espacio-tiempo).
- El vínculo con los niños.
- La creación de nexos vinculantes para con las familias.

Lo explicitado da cuenta de que en el enfoque adoptado no se consideró un sujeto aislado, sino en su contexto que debe ser tenido en cuenta a la hora de pensar la estrategia de abordaje. En este sentido, este espacio

posibilitó la resignificación entre lo social y lo individual.

Para concluir, diremos que nuestra experiencia académica nos acercó a esta institución, y en este encuentro surge la tarea

llevada a cabo como un trabajo colaborador entre el equipo de Musicoterapia, la institución y las familias. En este contexto, se delimitaron los objetivos e identificaron los cambios en el proceso.



Experiencia Escuela de Recuperación N°4

La Escuela N°4 (D.E. 4) ubicada en el barrio porteño de La Boca es otra de las Instituciones donde el Proyecto se pone en marcha. Nos referimos a un proyecto de abordaje interdisciplinario comunitario orientado a la promoción de salud. Desde esas premisas partimos todos los días lunes por la tarde a realizar encuentros con uno de los grupos de dicha institución.

La institución

La Escuela N°4 es una escuela de recuperación, la cual alberga a ciertos estudiantes apartados por diferentes motivos de la escuela común. Los distintos grupos son conformados por el nivel académico exigido, difiriendo las edades de los chicos dentro de los mismos. Son en su gran mayoría grupos de no más de 15 estudiantes. En algunos casos la docente que acompaña el recorrido del aprendizaje no se limita a los ciclos lectivos anuales, sino que continúan por algunos años, siendo este el caso del grupo con el cual trabajamos.

El grupo

Luego de algunos movimientos, el grupo quedo conformado por una chica de 8 años, dos chicos de la misma edad y otro más de 6 años. Al mismo se le suma la docente que los acompaña desde hace dos ciclos y que resulta un referente fundamental del grupo. Así como hubo movimientos de los estudiantes también hubo una rotación de coordinadores de los talleres. En un inicio se conformaba por un coordinador músico y una coordinadora psicóloga, situación que se modificó con la salida del coordinador y el ingreso de dos estudiantes de Musicoterapia. Estos movimientos no impidieron la continuidad del taller ya que se trabajaron gradualmente y albergando las repercusiones de los mismos. Se trabajó interdisciplinariamente dando lugar al respeto entre los chicos y los coordinadores, consolidando vínculos que remiten a los objetivos iniciales: promover salud. Trabajamos con la música, lo sonoro, lo lúdico, lo corporal, lo espacial sin desestimar el contexto en el que estábamos pero animándonos algunas veces también a desafiarlo sin dejar nunca de lado el respeto. Corrimos jugando a la mancha musical, nos ensuciamos con temperas para dejar huella en una cartulina de nuestra identidad como grupo, hicimos sonar los instrumentos de la forma que queríamos y es así como

empezamos a concebir esta forma saludable de divertirse y animarse a jugar.

Retomando las tres divisiones realizadas, de esta manera la perspectiva académica de desdibujar los límites entre la teoría y la práctica queda desbordada de situaciones y ejemplos. El abordaje interdisciplinario no fue un esfuerzo sino la única manera como podíamos concebir un taller como este y nos animamos de a poco y respetando los tiempos de cada integrante del grupo a construir, deconstruir y volver a armar, jugando, divirtiéndonos, riéndonos.

Experiencia en la Escuela Especial Nro 505. San Juan de Dios. La matanza

Presentación

La escuela Especial 505 San Juan de Dios, se encuentra en la localidad de Ramos Mejía partido de La Matanza asistiendo para el 2010 un total de 180 alumnos.

Es una escuela para discapacitados motores y surge en 1956 como servicio agregado en el Hospital San Juan de Dios y en el año 1969 se aplica la resolución que la determina como servicio propio utilizando un predio cedido por una orden religiosa, en la época de la poliomielitis, con la condición de construir un espacio para el tratamiento de la discapacidad motora. Posteriormente se realiza una construcción edilicia, con la misma finalidad, comenzando a desarrollarse la Musicoterapia en un aula permitiendo un grado de independencia e intimidad mayor, pues el espacio anterior era de paso.

El proyecto del taller de MT se inserta en el año 2010 supervisado por la MT Araceli Onorio y coordinado por alumnos de la Licenciatura en Musicoterapia de UBA, dentro del programa de Extensión Universitaria de Musicoterapia en promoción y prevención de la salud, infancia y adolescencia en situación de riesgo psicosocial, con abordaje interdisciplinario-comunitario.

Se tratan adolescente de 2do y 3er ciclo de la escuela, con edades entre 14 y 16 años, con encuentros de una vez por semana con duración de una hora aproximadamente.

Desarrollo

Actualmente se puede observar en todos los ambientes del edificio, entre alumnos, docentes y no docentes, una combinación de personas-espacio-tiempo, con el objetivo de lo pedagógico-terapéutico. El espacio de MT, es compartido con Estimulación y Fisioterapia, con horarios claramente

establecidos que posibilitan la utilización de un mismo espacio para diferentes usos. Se percibe desde lo institucional, un trabajo basado en el respeto hacia la actividad musicoterapéutica. El rol del MT se entiende como agente de salud, entendiendo por eso, como una situación de bienestar, como interacción permanente y transformadora entre el individuo y el ambiente, brindando las herramientas para que esto surja de y por los participantes, fomentando el empoderamiento.

Debido a las características del contexto social y ambiental en el que se insertan los alumnos, actualmente no cuentan con cooperador que brinde un sistema de traslado, cosa paradójicamente esencial para el tipo de discapacidad que aborda, obstaculizando la asistencia, lo cual se extiende a la participación social plena. Ante este marco, el proyecto se inserta como Talleres de MT, donde los participantes se recrean a sí mismos mediante experiencia sonoro-musicales en interacción con otros.

Para que un individuo pueda desarrollarse como ser social, primero debe poder acceder a un proceso de estructuración subjetiva, que, cuando existe patología, se presenta complejizado por diversas cuestiones familiares, o propias de la enfermedad o de relaciones de parentesco, interpelado a su vez por las características del ambiente y la

cultura en la que se desarrolla.

Será entonces objetivo de los agentes de salud, inserto en el ámbito educativo, como el MT, habilitar un espacio para la escucha y la producción que ofrezca una identidad grupal, popular y cultural, delimitando un encuadre que fomente la emancipación del sujeto y la capacidad de transformación por medio de lo sonoro como medio creativo.

Las experiencias narradas por los estudiantes participantes son enriquecedoras y muestran uno de los objetivos del proyecto que es acompañar lo teórico con la realidad y los campos de acción, donde lo aprendido debe adaptarse a los emergentes, a la transferencia y a la contratransferencia, que no pueden preverse de antemano, sino interpretarse entre la creación del paciente-alumno y la versatilidad del terapeuta.

Mirta Fregtman

Araceli Onorio

Ignacio Albarracín

Rubén Amato

Leila Kivatinetz

Daiana Ageno

Santiago Campos

Mariana Berenstecher

Gabriel Wagner

Victoria Arfuch

Agustín Colavita

Julia Perez Diez

LA ESTRUCTURA RÍTMICA COMO EL ENCUADRE QUE PERMITE LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES Y POSIBILITA LA CAPACIDAD DE DISFRUTE

Noemi Comba

Contacto: ncomba@gmail.com

Resumen

El presente trabajo busca comunicar algunas de las estrategias terapéuticas utilizadas desde el Área de MT, en el marco del Taller de Murga, con una adolescente con diagnóstico de esquizofrenia dentro del dispositivo institucional Centro de Día que atiende a jóvenes y adultos de ambos sexos portadores de discapacidad mental.

Se toma como marco teórico de referencia el concepto de Objeto Intermediario y el Modelo Benenzón, así también, la definición de Musicoterapia de ASAM.

Breve anamnesis

N, nace por parto normal, a término siendo su desarrollo evolutivo dentro de los parámetros esperables adquiriendo la marcha, lenguaje y control de esfínteres sin complicaciones. Un dato significativo fue que a los 2 años y medio, su madre se retira de su hogar, abandonando a N y sus tres hermanas. Esta situación marcó el inicio de una serie de autoagresiones. Un año antes su padre también la había abandonado.

Evolución del cuadro

En su primera infancia continúan los episodios de autoagresiones, llegado el momento de su incorporación al Jardín de Infantes, no pudo adaptarse por presentar un cuadro de aislamiento. Su primer grado también estará marcado por la falta de integración con sus pares y su atención lábil, repitiendo el mismo. Cuarto grado también será repetido por problemas en la incorporación de contenidos curriculares. En esta época solía retirarse sola de su hogar, dando inicio a procesos alucinatorios (alucinaciones visuales y auditivas). Ante este cuadro la guardadora legal, su tía abuela y única responsable legal de N, realiza consulta con una Psiquiatra infantil quien a los 11 años realiza diagnóstico de Esquizofrenia.

Estado Actual al inicio del tratamiento musicoterapéutico

Al momento de la evaluación a nivel cognitivo se encuentra lúcida, desorientada temporo-espacialmente, con capacidad para comprender órdenes orales, labilidad

atencional, identifica objetos de uso cotidiano y dificultades del pensamiento abstracto. Su grafía es con linealidad, orientación y cantidad con esquema corporal incorporado, con lecto escritura incorporada, su comunicación es con predominio verbal, posee intencionalidad comunicativa utiliza frases simples y su habla es infantilizada. Domina patrones motores elementales.

Está compensada en su cuadro y no presenta fenómenos alucinatorios, estando sus procesos del pensamiento precariamente organizados. Es dependiente de terceros para el desplazamiento por fuera de su hogar y sus vínculos sociales solo están reducidos a su grupo familiar. Es independiente en torno a las actividades de higiene personal, alimentación y vestimenta. Carece de actividades que impliquen un uso productivo de su tiempo libre.

Recomendación Terapéutica

Debido a las características de su cuadro, esquizofrenia que requiere de actividades terapéuticas para sostener la estabilización de su cuadro, la necesidad de rehabilitación social y ante el fracaso del dispositivo de escolaridad, se recomienda la inclusión dentro de un dispositivo de Centro de Día, que le brinde espacios terapéuticos, pedagógicos adaptados a sus recursos y talleres que le permitan el despliegue de su deseo en actividades tanto manuales como artísticas como talleres de teatro, expresión corporal, psicomotricidad y musicoterapia.

Área Musicoterapia

La concurrente inicia el tratamiento de MT con fuertes dificultades para integrarse al grupo demandando atención continua. Percute en forma estereotipada el ritmo de la canción *We will Rock you* (Queen) provocando en sus pares fastidio y cansancio. Presenta imposibilidad de escuchar, escucharse y entrar en una instancia dialógica. El silencio es fuente de ansiedad y la producción sonora constante la tranquiliza. Para el encuadre terapéutico se instrumentó una canción de inicio y otra de finalización. En este espacio se propicia el hecho creativo del sujeto como parte de un proceso de subjetivación. Como estrategias terapéuticas se establecen turnos de trabajo con instrumentos de percusión, turnos de espera, rondas de ritmos, ecos rítmicos e improvisaciones.

Al comienzo de su tratamiento musicoterapéutico N tocaba en forma compulsiva el ritmo de la composición musical *We will Rock you* del grupo Queen llegando a fastidiar y cansar a sus pares, sin posibilidad de dialogar a nivel rítmico y sin interesarle si su producción sonora provocaba agrado en los oyentes. Era una búsqueda auto erótica del placer del ritmo y del movimiento sin poder intercambiar con el entorno, en donde la repetición y el reconocimiento de secuencias rítmicas se constituían como la base del placer. Esta cuestión auto erótica la alejaba del entorno, provocando cansancio, rechazo, aversión y sensación de avasallamiento de los espacios sonoros propios y grupales. Durante esta fase del Tratamiento no existía la posibilidad de callar, silenciar, escuchar.

Tomando las palabras de Rolando Benenzon, "Cuando un paciente parece que toca estereotipadamente un instrumento, repitiendo sin cesar una melodía o ritmo, puede expresar una defensa, detrás de la cual se permite una introversión"¹.

Se infiere que ésta producción estereotipada como un mecanismo defensivo que le permite a N decir "ACA ESTOY; ESTA SOY YO" pero con la imposibilidad de escuchar, escucharse y entrar en una instancia dialógica. Para N, el silencio puede llegar a ser una fuente de ansiedad o angustia, la producción sonora constante la tranquiliza y disminuye su angustia.

La Relación con el Objeto sonoro:

Desde su ingreso al grupo de musicoterapia, la paciente buscó apoyar el objeto sonoro sobre una superficie plana y alejada de su cuerpo (mesa, silla, escritorio) y ejecutarlo con una cierta distancia. Cabe destacar que N presenta buen desenvolvimiento motriz y una sorprendente precisión rítmica.

Al año de su tratamiento, la concurrente se incorpora al Grupo de percusionistas del Taller de Murga, , siendo éste un espacio de construcción colectiva plural, donde todos tienen su lugar. Con la Murga, más allá de brindar un espectáculo escénico, musical, artístico o teatral se busca mostrar un canal de participación, abarcativo, y no excluyente, en donde cada una desde sus **capacidades** pueda expresarse y manifestarse.

Al unirse N con un redoblante en la murga, incorporación que se lleva a cabo por su propio deseo, se realizaron diferentes pasajes:

- Poder ser parte de un grupo
- Tocar al unísono
- Ajustarse a una estructura rítmica dada
- Respetar el inicio y la finalización de la fórmula rítmica, como así también los niveles de intensidad (forte-piano) y las variaciones de velocidad (rápido-moderado-lento)

La consigna para ser parte del grupo de músicos era no tocar a destiempo, lo que supuso "frenar" "controlar" "elaborar" "trabajar" con su compulsión a tocar constantemente.

Por ejemplo: a los 4 tiempos comenzar y a la cuenta de 4 tiempos finalizar. Ni antes ni después,

Uno de los cambios que experimentó N fue acercar el objeto sonoro a su cuerpo, lo que implicó sentir las vibraciones a nivel piel y en el interior de su cuerpo.

El sonido ya no circula alejado de su cuerpo. La vibración sonora atraviesa la dermis, hay transmisión ósea. El sonido en forma de vibración penetra desde la cintura, el abdomen y la pelvis, haciendo resonar la interioridad de su cuerpo.

Lo que antes era una compulsión y un placer auto erótico de tocar en forma estereotipada ritmos con el objeto sonoro alejado del cuerpo, ahora ese objeto comienza a constituirse como una prolongación del propio cuerpo o una incorporación desde afuera que suscita placer.

Por una causa que se desconoce, y que podría relacionarse con la ausencia de una compañera con la cual mantenía una relación singular, N en los ensayos de la murga de la primera quincena de febrero 2011, comenzó a presentar dificultad para portar el objeto

¹ Benenzon, Rolando (2008), *La nueva musicoterapia*, pág.92, Buenos Aires, Lumen

sonoro. No podía calzar el redoblante en la cintura, ni acomodarlo en la zona del abdomen. Se le caía. No podía integrarlo al propio cuerpo. Por momentos pasó a ser un objeto extraño aislado de su cuerpo, con dificultad para incorporarlo.

En este momento se produce una dicotomía entre la imposibilidad de portar el instrumento, de poder conocerlo y reconocerlo, y su deseo de ejecutarlo y llegar a la producción sonora. Manteniendo también, su deseo de percutir, de hacer ritmo, un fuerte entusiasmo y alegría manifiesta por pertenecer a la murga.

Esta apertura en el poder hacer y en el compartir, empieza a generar una resistencia, un temor desde lo corporal, manifestada por su dificultad para ubicar el objeto sonoro, el instrumento haciéndolo parte de su cuerpo, vivenciándolo a nivel propioceptivo como prolongación o incorporación de la imagen corporal.

Más que alegría de pertenecer a la murga es una excitación. Desde que llega quiere participar del espacio, está pendiente y deseante. Pregunta sobre el inicio de los ensayos y también goza con la espera, preparándose para el goce final.

Este poder gozar con la espera, rompe esa compulsión incontrolable del principio del tratamiento. Comienza a tocar con otros y para otros.

Al mismo tiempo, a nivel grupal, asume la **dirección de los percusionistas**, lugar ganado por su virtuosismo y precisión rítmica. Con ésta nueva función dentro del grupo de Murga, N, debe liderar desde un ritmo integrativo, tejiendo lazos y vínculos con sus pares. Se observa que disminuye la sensación de peligro frente al encuentro con el otro y la ansiedad frente al silencio y la espera.

Este rol le exige un contacto visual con el resto de los músicos para coordinar los inicios, finales y cambios de ritmo. Ahora es ella la que establece los 4 tiempos de inicio y cierre para sí y para el grupo.

Para lograr este contacto visual y sonoro debe caminar de espaldas hacia atrás, siendo este otro desafío motor para el cual se siente capacitada.

A esta altura del proceso no hay caprichos ni berrinches.

En la segunda quincena de febrero, N participó de las reuniones del equipo coordinador donde se ultimaban detalles de vestuario. No se mostró tan ansiosa por el inicio del ensayo y en forma paulatina se fue incorporando a las fases del proceso y pudo

portar el redoblante sin dificultad en el ensayo grupal.

Hay una escucha, una reflexión, pruebas, ensayos, tocar, corregir, volver a escuchar, rectificar, ratificar la producción sonora. Durante este proceso no se observa fatiga, ni distracción.

El vestuario

Otro de los desafíos que se plantea con la paciente es el uso del vestuario de murga, dado su dificultad para aceptar los cambios de su cuerpo adolescente y para mostrarse.

N escondió su cuerpo, utilizando como estrategia para hacer invisible a su cuerpo y los signos de su genitalidad, campera gruesa al principio y luego un chaleco bordeaux abotonado largo para que mágicamente pueda desaparecer las particularidades de su cuerpo femenino. (Ella manifiesta verbalmente tener vergüenza de sus pechos). La concurrente también porta una visera al estilo rapero y/o un mechón de pelo tapando la mitad de su rostro.

En presentaciones anteriores el grupo de músicos llevaba como vestuario un chaleco de tafeta, el cual ella superponía a su propio chaleco bordeaux, su chaleco protector, que no permite al otro y a sí misma atravesar la mirada hacia sus senos, es un chaleco que la protege de la mirada del otro y de su propia mirada, velando su sexualidad.

Ahora, bien, para la próxima presentación en los carnavales 2011 y frente al crecimiento en calidad de la murga se acuerda el diseño de un nuevo vestuario más elaborado dentro del marco del nombre identificador de la Murga "*Los Duendes de la Roca*".

En general, los miembros de la Murga intercambian ideas con el diseñador de vestuario, opinan sobre los bosquejos y manifiestan sus deseos en cuento al color, formas y accesorios. Desde el campo semántico de la palabra "*Duende*" se desprende Elfos, Princesas, Ogros, Gnomos, etc. para el diseño del vestuario.

N permitió que se le tomaran las medidas de su cuerpo para el vestuario.

Dada la composición del vestuario, se presenta la diferenciación por género. Pantalones y carácter de ogros, duendes, magos hechiceros para los varones y princesas, brujas, hadas para las mujeres, lo que implica el uso de polleras y modelos que marquen el contorno femenino.

A la hora del diseño de su vestuario, como Directora de Músicos, se duda si N aceptará ponerse una pollera dado que siempre usó pantalones largos.

Para que pueda llevar cómoda su vestuario se diseña 1 pollera – pantalón y una chaqueta con gajos para que tape su cola.

Antes de presentarle el diseño final, se charló sobre el uso de polleras, a lo cual rotundamente se negó, sugirió ella un pantalón, se le preguntó si podía ser a media pierna y respondió que no. Quería un pantalón largo, aceptó con agrado que los gajos de la chaqueta le tapen la cola.

Para el conocimiento y aprobación del vestuario se trabajó con todos los concurrentes con los avances de bocetos y la selección de materiales, como así también, visualizando los distintos momentos de la confección (corte de tela, costura, pegado de accesorios, lentejuelas). Los concurrentes transitaron el espacio de Taller de Madres dedicados a la confección de vestuario, anoticiándose de los adelantos y el proceso en sí.

Luego de haber atravesado la experiencia del Festival de Murgas, N plantea una nueva posibilidad de vestuario y la plasma en un dibujo, donde se observa el reconocimiento de su esquema corporal integrado.

Las presentaciones de la Murga en público

Para la presentación en los carnavales se organizan 2 eventos: “El encuentro de Murgas por la Inclusión” en la Plaza Independencia de la Ciudad de San Miguel de Tucumán y la participación en el Corso de la Comuna de Quilmes Los Sueldos.

En el Encuentro de murgas participaron murgas de instituciones del área de la discapacidad y murgas barriales.

El genuino espacio de encuentro comenzó cuando, N, se acercó a la Batucada Yambokeña. La paciente portando su redoblante, se une al grupo y comienza a tocar con ellos, aprehendiendo sus ritmos. Inmediatamente y en forma espontánea otros pacientes se unen a esta ronda de secuencias rítmicas fusionándose en una sola producción sonora y disfrutando del espacio dialógico no-verbal.

La concurrente también participa en los Corsos de Quilmes Los Sueldos, esta vez asiste acompañada por su guardadora legal, a quien ella llama y reconoce como mamá. N nuevamente se une a otras batucadas y disfruta del ritmo y el clima festivo.

En la sesión del 27/06/11 se trabaja con su grupo de sala para preparar la presentación de murga chica y murga grande en el marco de un festival de murgas que se llevará a cabo en el mes de agosto.

La Mt marca el ritmo base de los surdos y N lleva el despliegue rítmico de los redoblantes. Como esta actividad se realiza en sala se reemplaza surdos por palmas y redoblantes por caja y silbato.

N disfrutó del espacio, bailó, saltó, inventó pasos. Recorría el espacio mientras sonreía, tiraba los brazos al aire, sacudía las piernas, giraba, daba volteretas, se reía con sus pares y con la MT. Todo su cuerpo participaba en el movimiento y el ritmo manifestando goce por la actividad.

Actualmente la paciente participa los sábados en la murga de la Parroquia San Gerardo y asiste a todos los ensayos que se realizan en Plaza Belgrano

Logros alcanzados

El trabajo en el Taller de Murga le otorgó por un lado la posibilidad de expresión y también la diferenciación y simbolización (a través de una partitura analógica) de los diferentes ritmos planteados y la internalización de los mismos (Rulo, Marcha- Camión, Cumbia, Samba y Samba Bahiana). Asimismo logró:

- Adquirir precisión y seguridad en la ejecución.

- Diferenciación de roles (percusionistas, bailarines, zanquistas, banderilleros y dentro de los percusionistas: surdos, redoblantes, repiques, caseta, a gogo, sonajas), como así también la complementación entre los mismos a partir de los distintos ritmos.

- El conocimiento genuino de la estructura rítmica y una escucha que habilita para ingresar en la escena global.

- Se destaca su alto nivel de concentración en la ejecución de la consigna (interpretación y comprensión).

- Asume la Dirección de los percusionistas, lo que significa un cambio en su posición como sujeto.

La estructura rítmica es el encuadre que permite la expresión de las emociones y contiene las improvisaciones. Posibilita el desarrollo de la capacidad de disfrute. N, junto a su grupo de pares, transitó el espacio con disfrute, relajada y entusiasmada desde una instancia dialógica en el encuentro con el otro y con los otros.

A modo de conclusión

Luego de dos años de tratamiento musicoterapéutico, en un proceso que tuvo avances y retrocesos, se trabajó con la creatividad y con los aspectos sanos del sujeto.

El tiempo ocioso que antes tenía, hoy lo ocupa bajando lecciones de música de internet y tocando el teclado.

Toma clases de guitarra con un profesor particular.

La familia de N le compró su propio redoblante, y participa en una murga parroquial.

Pudo liderar, en el festejo de los cumpleaños de los pacientes, el discurso sonoro-corporal de los murgueros, en ausencia de todos los coordinadores de murga.

Construyó nuevas herramientas psíquicas para afrontar los abandonos, asumiendo el abandono de su madre biológica y reconociendo el rol materno en su guardadora legal, a quien pasa a llamar mamá. La niña que fue abandonada por su madre biológica, hoy puede escribirle un poema de amor a su actual mamá.

*Mama te quiero abrazar,
Si ya no te tengo
No puedo aguantar*

Si tú te vas

*No podre esperar cuando tú estés de regreso
Te quiero mucho mama.*

Referencias bibliográficas

- Benenzon, R.; Gainza, V.H. de; Wagner, G. (2008), *La nueva musicoterapia*, Nueva edición, corregida y aumentada. Buenos Aires, Lumen.
- Bernardini, R.; Barbaresco, M.; Basutto, A.; Mendoza, C.; Caberta, L.; Rodríguez, M.; Kinigsberg, F.; Vaccaneo, J.; Versace, L.; Frigerio, M.; Pellizzari, P. (2006), *Proyecto Música y Psiquismo*, Buenos Aires, ICMus Editores.
- Fridman, R. (1974), *Los comienzos de la conducta musical*, Buenos Aires, Paidós.
- Lapierre A.; Aucouturier, B. (1977), *Simbología del Movimiento*, Barcelona, Editorial Científico Médica.
- Reik, Theodor (1975), *Variaciones psicoanalíticas sobre un tema de Mahler*, Taurus.
- Schapira, D.; Ferrari, K.; Sánchez, V., Hugo, M. (2007), *Musicoterapia Polimodal*, Argentina, ADIM Ediciones
- Willems, E. (1979), *El ritmo musical*, Buenos Aires, EUDEBA
- Willems, E. (1981), *El valor humano de la Educación Musical*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica
- Zito Lema, V. (2006), *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*, Buenos Aires, Ediciones Cinco

MUSICOTERAPIA DE IMPROVISACIÓN VOCAL EN PREVENCIÓN PARA DOCENTES

Andrea N. Devesa.

Contacto: devesaandrea@gmail.com

1. Introducción

El interés que motiva esta tesina nace de la observación de las disfunciones vocales padecidas por varios compañeros docentes relacionadas con su desempeño laboral.

A raíz de dicha observación, esta investigación se propone establecer un posible abordaje musicoterapéutico de improvisación vocal para la prevención de la patología vocal docente.

1.1. Presentación del tema

El presente trabajo surge en relación con la disfunción vocal que presentan en la actualidad muchos docentes. En especial, aquellos que desempeñan su tarea en escuelas que se han convertido en "marginales", a raíz de los avatares económico-sociales desencadenados por el sistema capitalista, que al responder a una sociedad de mercado, empuja a muchos ciudadanos a la falta de oportunidades para satisfacer sus necesidades básicas (falta de trabajo, salud, educación, vivienda digna, etc.).

Frente a estas problemáticas cada vez más complejas, la docencia se ha transformado en una profesión de riesgo con la presencia de factores condicionantes, entre ellos: el estrés, la fatiga, el síndrome de 'burn-out', el ritmo de actividad, el esfuerzo visual, las posturas forzadas, la relación con los alumnos, con los compañeros, con la dirección, con los padres, con la inspección educativa.

La tarea docente se ha vuelto cada vez más proclive a verse afectada por enfermedades psicosociales provocadas por riesgos y maltratos en la escuela.

El docente padece un estrés constante producido por una situación institucional que es disfuncional. Los síntomas vocales que se van generando (dolor en el cuello y la nuca, sensación de cuerpo extraño, picazón de garganta, carraspeo frecuente, sensación de menor cantidad de aire, menor tiempo de fonación, cambio de voz a lo largo del día, incapacidad de aumentar la intensidad de la voz, finales de frase inaudibles, pérdida de brillo y claridad de la voz) surgen a partir de problemas en las relaciones con la sociedad,

y en este caso no debe mirarse sólo el vínculo docente -alumno, sino también el que hay entre los docentes y con las autoridades y los padres.

La confección de esta tesina implica el estudio de dos temas:

- Por un lado, la improvisación vocal como abordaje específico musicoterapéutico, caracterizada en forma clara, precisa y sistematizada, con los lineamientos teóricos pertinentes.

- Por el otro, la contribución que este abordaje enunciado puede hacer a la musicoterapia preventiva, en relación con la patología vocal de los docentes, como medio de canalización y expresión de tensiones resultantes de su labor.

Si dichas tensiones no se previenen, pueden derivar luego en una patología vocal.

2. Planteamiento del problema

Se considera que la musicoterapia como disciplina puede ser un vehículo para prevenir tempranamente problemáticas vinculadas a la salud psíquica, biológica, funcional y social de la población docente.

Por otra parte se estima conveniente la utilización de la improvisación vocal como abordaje musicoterapéutico específico posible de implementar en la "(...) *potencialización de los rasgos sanos del sujeto o grupo de sujetos como actividad expresiva y creativa (...)*"².

Ambos aspectos enunciados son los pilares en los que se basa el presente trabajo.

2.1. Definición del problema

Considerando que la musicoterapia de improvisación vocal, aplicada en el contexto de la musicoterapia preventiva, puede ser útil como direccionamiento terapéutico en relación a la patología vocal docente, es que se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de la Musicoterapia de Improvisación Vocal para

²Pellizzari, Patricia; Rodríguez, Ricardo: (1996) *Salud, Escucha y creatividad*, Buenos Aires, Ricardo R. Resio, cap. 5.

un abordaje efectivo en la Prevención de la patología vocal docente?

2.2. Justificación

La voz humana es un vehículo de comunicación fundamental y también a través de ella se pueden detectar emociones, entre ellas: la angustia, la ansiedad o la sobrecarga de esfuerzo.

La musicoterapia de improvisación vocal, aplicada en la prevención, puede ofrecer una forma de abordaje integral, ya que contempla además de los aspectos fisiológicos de la emisión de la voz (respiración, colocación, resonadores, apoyo), el punto de vista emocional.

Por otra parte, dada la cantidad de musicoterapeutas que trabajan en la docencia, conocer las características de la musicoterapia de improvisación vocal, permitirá contar con una herramienta para el cuidado personal de la voz del musicoterapeuta, así como para la comunidad docente.

Teniendo en cuenta que actualmente la enfermedad producida por el mal uso de la voz es la única (junto a la hepatitis A en escuela primaria) reconocida por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo como enfermedad laboral, se considera pertinente la presente investigación, tanto para la comunidad musicoterapéutica como para la educativa.

En relación con este último punto, además del perjuicio en la salud sufrido por los docentes que padecen la patología vocal, se genera la necesidad por parte de éstos de tomar licencias, con las consiguientes suplencias, y cambios de maestros. Esta situación, no favorece el normal desenvolvimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, además de las consecuencias que a nivel afectivo pueden sufrir sobre todo los niños pequeños en relación con el estrecho vínculo con su maestra/o. Esto sin duda es una preocupación para los docentes, los directivos, los padres y por supuesto los alumnos.

2.3. Objetivos de la tesina

Objetivo general

- Reconocer las características de la musicoterapia de improvisación vocal que puedan ser utilizadas para reducir los factores de riesgo en las disfunciones vocales docentes.

- Reconocer los elementos del abordaje de musicoterapia preventiva aplicada a la patología vocal docente.

Objetivos específicos

- Caracterizar el abordaje de musicoterapia de improvisación vocal para establecer posibles recursos, estrategias, técnicas y actividades, destinados a reducir el riesgo vocal docente.

- Analizar la viabilidad de implementar un taller de musicoterapia de improvisación vocal como dispositivo adecuado para la prevención de la patología vocal docente.

3. Marco teórico

3.1. Patología vocal docente

Se estudiarán diversos aspectos para caracterizar la patología vocal docente. Inicialmente la idea es establecer el motivo que genera una legislación del problema de las disfunciones vocales en docentes. Seguidamente se enunciarán precisiones acerca del aparato fonador en relación al tema propuesto. Estos aspectos contribuirán al establecimiento de los factores de riesgo y los síntomas de esta disfunción.

Se ha comenzado por mencionar el reconocimiento por parte de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo acerca de las distorsiones de la voz de los docentes como enfermedad de riesgo laboral. Al respecto el ministerio de Educación de la Nación publica:

Salud: Enfermedades Profesionales:

La Superintendencia de Riesgos de Trabajo reconoce como enfermedades propias de la profesión docente: la disfonía (para maestros o profesores de educación básica, media o universitaria) y la hepatitis A (para maestros de escuelas primarias).

Estas dolencias, amparadas por el decreto de riesgos de trabajo de la Ley 24557, han de ser dictaminadas por la ART (Aseguradora de Riesgos de Trabajo) y en caso de que el trabajador discrepe con tal dictamen, podrá recurrir en primer término a las comisiones médicas de la SRT (Superintendencia Riesgos de Trabajo) y, en segunda instancia, a la Cámara Federal de la Seguridad Social.

La **Ley Nacional 24557** de Riesgos del Trabajo, en su Capítulo IX "DERECHOS, DEBERES Y PROHIBICIONES", Artículo 31, Punto 3, ítem a), dispone que "los trabajadores recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas".³

A diferencia de nuestro país (en lo referido a la ley laboral, pero en coincidencia con las

³ Ministerio de Educación de la Nación Argentina, "Salud: riesgo profesional", www.argentina.gob.ar.

distorsiones de la voz de los docentes), en una publicación española⁴, se resume este trastorno como se cita a continuación.

“El colectivo de profesores utiliza la voz como herramienta de trabajo y realiza un sobre esfuerzo para hacerse escuchar y entender por los alumnos. Cuando el profesor empieza a notar la voz alterada, dolor de garganta, aspereza y sequedad de la garganta, y además la sensación de que no se le oye bien, estamos ante la aparición de trastornos de la voz.

La tensión emocional, el esfuerzo de la voz, los desplazamientos, el ritmo de actividad, el esfuerzo visual, las posturas forzadas, la relación con los alumnos, con los compañeros, con la dirección del centro, con la inspección educativa, con la administración, la responsabilidad de valorar a los alumnos, la dificultad de introducir avances pedagógicos, preparación de actividades, la corrección de las pruebas, el reciclaje formativo etc, son algunos de los aspectos intrínsecos a la profesión que, influyen en la labor docente diaria y por lo tanto en la calidad”.

De lo expuesto se desprenden los factores de riesgo que se deben revisar para el abordaje de las disfunciones en la voz de los docentes desde el enfoque de la musicoterapia de improvisación vocal en prevención.

Factores de riesgo:

- el stress,
- la fatiga,
- el síndrome de 'burn-out'.
- el ritmo de actividad,
- el esfuerzo visual,
- las posturas forzadas,
- la relación con los alumnos, con los compañeros, con la dirección, con los padres, con la inspección educativa.

La voz humana

La emisión de la voz se debe a la acción coordinada de muchos músculos, órganos y otras estructuras del abdomen, tórax, cuello y cara. En realidad, casi todo el cuerpo influye en la voz directa o indirectamente. Los profesionales de la voz (docentes, actores, locutores, políticos de campaña, cantantes, etc.) suelen compensar deficiencias registradas en los mecanismos de apoyo de la voz sobrecargando de trabajo a los músculos laríngeos. Con esta conducta se resiente la función, amén de causar fatiga rápida, dolor e

incluso problemas estructurales, como nódulos en la garganta.⁵

Referencias sobre el aparato fonador: comportamiento respiratorio durante la fonación⁶

Anatomía:

La fonación requiere que la presión de aire dentro de los pulmones sea incrementada. La presión de aire sirve como principal parámetro de control fisiológico para la sonoridad vocal: a mayor presión, mayor sonoridad. La elevación de la presión pulmonar (presión subglótica) es alcanzada por la disminución del volumen de la caja torácica, en la cual los pulmones están “colgando”. Hay fuerzas diferentes que contribuyen a este volumen:

Fuerzas activas musculares

Inspiratorias: diafragma, intercostales inspiratorios

Expiratorias: Abdominales, intercostales espiratorios

Fuerzas pasivas

Elásticas: tejido muscular, caja torácica

Gravitatorias: relacionado con la posición del cuerpo en el espacio.

La importancia de la acción de las fuerzas implica que el aire entre y salga, pero a la vez, frente a la exigencia (actor, docente, locutor, cantante) estas fuerzas cambian.

Los músculos inspiratorios actúan a veces como freno de la fuerza elástica. En todo caso se trata de no “apretar la garganta”.

Es por eso importante definir el *esquema corporal vocal*. Para tal efecto, se mencionará la noción de esquema corporal vocal expuesta por el autor André Soullairac⁷. El autor refiere que cada vez que un sujeto habla o canta, pero sobre todo cuando emite vocales a gran intensidad, el mismo percibe a cada instante un conjunto complejo de sensibilidades internas que provienen de todas las regiones activadas por su esfuerzo de emisión.

Entre ellas, algunas son percibidas con una intensidad particular: las que provienen de la región palato-naso-facial y de la cincha abdominal. Es su percepción simultánea lo que constituye propiamente el *esquema corporal vocal* del sujeto, que depende en principio de la vocal emitida, de su

⁵ Sataloff, Robert, Spiegel, Joseph, (1991) “Atención de la voz profesional”. En *Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. Volumen 5, México, Editorial Interamericana, pág. 1101- 1138.

⁶ Sundberg, Johan (1987) *The science of de singing voice*, Illinois, Northern University. Press. Cap. 8 (Traducción Ricardo Suarez)

⁷ Husson, Raoul, (1962) *Physiologie de la phonation*, París, Masson, cap. 24 y 26 (Traducción Ricardo Suárez).

⁴ García Calleja, Manuel, “Prevención de riesgos de la voz en docentes”, *Revista universitaria de ciencias del trabajo*, núm. 1, pág. 199-223, Universidad de Valladolid.

intensidad y su frecuencia. El autor ha insistido mucho sobre el hecho de que conviene asociar las percepciones auditivas, muy probablemente los datos visuales y los datos afectivos comunicados por el cerebro visceral.

Atención de la voz profesional

Los autores Robert Sataloff y Joseph Spiegel⁸ han descrito aspectos referidos a la ansiedad en la atención de la voz. Los mismos indican que la constitución psicológica de los profesionales de la voz afecta de manera directa los mecanismos vocales. La voz es un exquisito mensajero de la emoción. El sistema nervioso autónomo controla las secreciones mucosas y otras funciones críticas para la producción de la voz.

La ansiedad en que el docente vive cotidianamente altera la capacidad para controlar las emociones perjudicando la emisión vocal.

Descripción de la dificultad vocal del docente

Para esta descripción, se realizó una entrevista a dos expertos en el área. El doctor Gastón Villazuela, médico otorrinolaringólogo y la Lic. María Cecilia Bacot, fonoaudióloga, autores del libro *El uso adecuado de la voz*⁹ y cuyo currículum se adjunta en el Anexo.

1- ¿Qué es la voz?

Desde el punto de vista acústico, es un fenómeno sonoro que reúne las mismas características de un sonido.

Pero el concepto acústico no es suficiente ni el único para definirla, ya que la voz evidencia también estados de ánimo, sentimientos, angustias, alegrías-

2- ¿Cómo y dónde se produce la voz?-

Se origina en una estructura llamada laringe, donde están alojadas las cuerdas vocales

La laringe se ubica en el cuello, en medio del trayecto del aparato respiratorio.

Asimismo, la voz no es sólo producto de este mecanismo laríngeo, sino que en su producción también participan otros aparatos y otros sistemas:

- El sistema endocrinológico u hormonal.
- El aparato auditivo
- El sistema nervioso
- El aparato digestivo

- El sistema postural

3- ¿A qué se refiere con sistema postural?

El cuerpo es un vehículo de expresión y el acto vocal no queda aislado del cuerpo en su conjunto. El autoconocimiento corporal y las prácticas respiratorias permitirán a los docentes controlar y regular la voz durante las horas más intensas, para lograr el máximo rendimiento y el mínimo esfuerzo.-

4- ¿Cuáles son los **síntomas** más frecuentes del mal uso vocal en los docentes?

- Dolor en el cuello y la nuca
- Sensación de cuerpo extraño
- Picazón de garganta
- Carraspeo frecuente.
- Sensación de menor cantidad de aire
- Menor tiempo de fonación
- Cambio de voz a lo largo del día
- Incapacidad de aumentar la intensidad de la voz
- Finales de frase inaudibles
- Pérdida de brillo y claridad de la voz.

3.2. Marco de referencia conceptual

3.2.1. Musicoterapia de interés preventivo

Para ilustrar este apartado, se citará un texto de Lía Rejane, autora de referencia en musicoterapia preventiva, acerca de los procesos socio-económicos en América Latina¹⁰.

"(...) Introducción:

Muchos estudios resaltaron el retroceso económico y social experimentado por la gran mayoría de los países de América Latina en la década pasada. Más allá del retroceso, los documentos de organismos oficiales apuntan para importantes insuficiencias en esas dos áreas (...)"

"(...) Una característica de las modernas sociedades urbanas, sobre todo aquellas cuyo crecimiento se hace de forma macrocefálica con respecto al resto del país, es el incremento de las distintas formas de violencia, suicidios, robos, homicidios y niños y adolescentes que deambulan. Éstos, cuando consiguen sobrevivir a las enfermedades y a la violencia, se encuentran con las barreras socio-económicas intransponibles, lo que los lleva a desarrollar estrategias para afrontar la adversidad cotidiana, en la búsqueda de actividades que puedan generar recursos para contribuir en el sustento familiar o para la propia subsistencia/supervivencia".

⁸ Sataloff, Robert, Spiegel, Joseph, (1991) "Atención de la voz profesional". En *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. Volumen 5, México, Editorial Interamericana, pág. 1101- 1138.

⁹ Bacot, Ma. Cecilia, Facal, Ma. Laura, Villazuela Gastón, (1996) *El uso adecuado de la voz*, Buenos Aires, Akadia.

¹⁰ Rejane, Lia (Mendes Barcellos) (1999) "De la 'recreación' musical a la composición: un camino hacia la individualidad de los 'chicos de la calle'", 9th World Congress of Music Therapy, Washington.

Por los conceptos expuestos, el trabajo en prevención es una acuciante necesidad para reducir los factores de riesgo que azotan a la sociedad.

En relación con la presente investigación, es necesario tener en cuenta que en la actualidad, los docentes reciben a diario a estos niños y adolescentes que lidian con los avatares de esta realidad.

Al respecto del concepto de prevención en salud, Gerald Caplan es un autor de referencia.¹¹

La prevención primaria es un concepto comunitario que contrarresta las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad, reduciendo así el riesgo de toda una población.

Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo, lo ve como representante de toda una población por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos para enfrentarlo.

La información que se recoge se usa para el diagnóstico o cuadro de la situación de los otros miembros de su grupo o clase con la cual el sujeto entrevistado tiene el valor de muestra.

Algunos de los sanos enfermarán a medida que los efectos perniciosos se acumulen pero otros continuarán en estado de salud por lo que interesan tanto las causas de la enfermedad de algunos como las razones de salud de otros para la capacitación y el manejo de algunas circunstancias de la población en función de que la proporción de enfermos disminuya.

Cualquiera sea la naturaleza de los factores ambientales, no todos los sujetos expuestos reaccionan de la misma manera debido a su naturaleza y dotación biológicas.

Los epidemiólogos llaman a las cualidades que determinan la vulnerabilidad o resistencia a las tensiones ambientales "factores del huésped", que comprenden dos grupos de atributos:

- La edad, el sexo, el status económico, el grupo étnico (que no pueden manejarse)
- La fortaleza general del yo, la habilidad para resolver problemas, la capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración (en los que sí se puede accionar).

Un programa de prevención primaria debería tender a que las presiones perjudiciales se reduzcan en intensidad, a

que la gente reciba ayuda para encontrar formas sanas de enfrentarlas y así aumentar su capacidad para tratar futuras dificultades. Ya que el objetivo de esta tesina es abordar la problemática de la disfunción vocal docente fundamentalmente en su aspecto promocional y preventivo, es importante establecer las características generales del accionar de la prevención en musicoterapia. Para ello se tomarán referencias del texto de los autores Pellizzari y Rodríguez¹². Estos autores consideran que la prevención no supone solo trabajar con quienes están sanos en lugar de quienes ya están enfermos, tampoco es trabajar más superficialmente que en la clínica, no es menos prestigioso que trabajar en un consultorio. Tampoco es perder la identidad por promover la articulación interdisciplinaria (que es imprescindible en el tratamiento de los síntomas descritos).

Como objetivos del abordaje preventivo en musicoterapia se destacan:

- Detectar zonas y situaciones de riesgo bio-psico-social
- Detectar tempranamente problemáticas vinculadas a la salud psíquica, biológica, funcional o social
- Evaluar estados de vulnerabilidad estructural
- Proveer la información necesaria
- Preservar la integridad y dar contención en situaciones de alto stress
- Instrumentar los medios para una derivación adecuada

En cuanto a la promoción de la salud, el significado es potencializar los rasgos sanos del sujeto o grupo de sujetos a través de actividades expresivas y creativas que colaboren en la toma de conciencia de sus fortalezas, sus deseos y de las herramientas con que cuenta para llevarlos a la realidad.

Durante las Jornadas de Musicoterapia Preventiva organizadas en el año 2003 por la UAI y la USAL se reflexionó sobre las características del abordaje comunitario. De las conclusiones generadas en ese espacio se destacan aspectos del musicoterapeuta preventivo:

Los musicoterapeutas preventivos son aquellos que durante su formación recibieron la capacitación necesaria para desempeñar su actividad profesional en ámbitos de la Salud Pública y el área de Promoción y Prevención Primaria en Salud, por ejemplo en programas socioculturales, campañas de

¹¹ Caplan, Gerald, "Un modelo conceptual de la prevención primaria". En: *Principios de Psiquiatría Preventiva*, Buenos Aires, Paidós, pág. 43-71.

¹² Pellizzari, P- Rodríguez, R (1996) *Salud, Escucha y creatividad*, Buenos Aires, Ricardo R. Resio, cap. 5.

promoción de la salud y prevención de enfermedades; como así también recibieron capacitación para la elaboración y puesta en marcha de proyectos de musicoterapia preventiva.

El musicoterapeuta preventivo trabaja investigando y actuando sobre las problemáticas de la salud, detectando indicadores sonoros de riesgo psicosocial e implementando técnicas de sensibilización sonoro-musicales, participando en la elaboración y planificación de proyectos interdisciplinarios e institucionales y en la investigación de los elementos técnicos y metodológicos que configuran su aporte específico.

Trabaja con otros profesionales de la salud - educación y miembros de la comunidad ofreciendo su aporte a la denominada *población en situación de riesgo*. Tomará a su cargo la responsabilidad conjuntamente con otros profesionales y con los miembros de la comunidad para elaborar una estrategia de afrontamiento de problemas ligados a las necesidades y prioridades de dicha comunidad, siendo importante una correcta visualización de esos problemas y teniendo presente lo que esa población percibe como sus problemas.

Su función es la de potenciar los *rasgos sanos* de un sujeto o grupo de sujetos implementando técnicas de sensibilización sonoro- expresivas. Su rol profesional no es directivo sino más bien *guía* u *orientador de procesos*.

Este modelo de actuación profesional dará como resultado una investigación con el objeto de potenciar los rasgos sanos de un sujeto o grupo de sujetos en situación de riesgo psicosocial.

3.2.2. Musicoterapia de improvisación vocal

Inicialmente se expondrán aspectos relacionados con las generalidades de las experiencias vocales en los seres humanos. Para tal fin se cita:¹³

"1. Aspectos de la experiencia vocal expresiva: Fisiología de la emisión a nivel de lo acústico y a nivel de lo neurológico.

Portador acústico de la identidad singular

Primer Mediador relacional acústico

Portador acústico de la inserción socio-histórico cultural de la persona.

2. Aspectos de la experiencia vocal receptiva:

Mediador intersubjetivo temprano (reconociendo la voz del otro, recibiendo feedback de la propia emisión)

Mediador de la inserción socio-histórico cultural de la persona en el ambiente.

Afirmación de la identidad a partir de la selección subjetiva de diferentes tipos de voces percibidas. Las voces de otros repercuten en la multidimensionalidad del ser humano."

Además, para el autor, resulta importante la inclusión de la voz en un dispositivo musicoterapéutico:

"La musicoterapia es una disciplina de la salud, promueve cambios terapéuticos y salugénicos a través de las experiencias musicales y las relaciones que se construyen por medio de ellas (...)"¹⁴

Basado en estos conceptos, el autor considera necesario poder reconocer (observar, escuchar) aspectos sonoros vocales en la escena musicoterapéutica, inferir su importancia en el proceso de salud, y, a partir de ello, establecer un direccionamiento terapéutico.

A continuación es pertinente establecer el estado del arte en correspondencia con algunos de los trabajos realizados en relación a la musicoterapia vocal:

En relación a los trabajos ya realizados en musicoterapia vocal, la musicoterapeuta Ofri Eliaz es una autora de referencia. Sobre el particular, menciona en su tesis de master *Vocal work with clients who have been diagnosed with posttraumatic stress disorder* referencias sobre el tratamiento por medio del trabajo clínico vocal de dos casos en los cuales los clientes están diagnosticados con stress post-traumático. La autora quiere demostrar por medio de la investigación cómo el uso de la voz en la terapia es esencial al trabajar con pacientes con estrés-post traumático y cuán efectivo resulta ser el trabajo con la voz en esta patología. Los ejemplos que da a conocer en relación al trabajo con la voz y la respiración demuestran cómo los usuarios comienzan a reconectarse con sus cuerpos y logran integrar diferentes partes de su *self* y así descubrir formas para poder manejar sus recuerdos.

Seguidamente, se describirán en primer lugar textos de autores que abordan el tema de la improvisación vocal, para detenerse más detalladamente en Lisa Sokolov. Dicha autora plantea en sus textos la utilización de la *terapia de improvisación vocal*, cuyos objetivos son coincidentes con el enfoque

¹³ Vidret, Marcos (2007) "Visión general de la inclusión de la voz en Musicoterapia". Artículo. Bibliografía de la cátedra Educación vocal-fonal III. Facultad de Psicología. Carrera de Musicoterapia. UBA Buenos Aires.

¹⁴ Vidret, Marcos (2007), op. cit., nota 12, pág. 15.

que se estudia en esta tesina acerca de la patología vocal docente.

Sin dudas la canción o el trabajo con canciones es un recurso fundamental para el musicoterapeuta.

Los autores Ronaldo y Luiz Antonio Millecco abordan la canción como recurso musicoterapéutico.

*"Si nos detenemos en el estudio de las diferentes funciones del canto, verificaremos que él puede ser clasificado en varios tipos: canciones de cuna, canciones infantiles, cantos populares, canciones carnavalescas, serenatas, cantos como intervención política, cánticos religiosos y mantras, himnos nacionales o gremiales, corales tejiendo voces, en fin, las canciones que generan los más diversos territorios existenciales. Todo ese manantial nos llega en diferentes momentos de la vida, formando un enorme archivo poético-musical en la gran biblioteca llamada memoria, creando, así, nuestra **historia sonora-musical**."*¹⁵

Dichos autores se preguntan acerca de los recuerdos que se generan en la canción, mencionando dos formas de recuerdo:

- Recuerdo exterior: El que se da relación a un estímulo musical externo.

- Recuerdo interior: El que se desencadena por la libre asociación. En este sentido lo consideran un lapsus musicante que se entromete en la cadena de significantes, como una grieta que apunta a un camino, en relación con una imagen, situación o idea escuchada.

Por otra parte el tema de la musicoterapia vocal es abordado también por Diane Austin. A continuación se expondrán aspectos relevantes de su investigación.

Diane Austin inscribe su trabajo dentro del modelo de musicoterapia analítica que, a su vez, adhiere a conceptos de la escuela psicoanalítica freudiana, kleiniana y de Carl Jung.

Destaca el concepto de matriz sonora del inconsciente que Austin toma de Priestley como un fundamento importantísimo en la concepción de ser humano y sobre el cual Austin basa su gnoseología terapéutica. La música interna, como núcleo de la psiquis donde reside el inconsciente, al manifestarse mediante una improvisación vocal, funciona

como una proyección de contenidos inconscientes.

Si bien el concepto tiene sus raíces en el psicoanálisis, la innovadora premisa acerca de la música interna como matriz sonora del inconsciente es clave para fundamentar el accionar musicoterapéutico y para comprender el abordaje presentado por la autora.

El recurso que utiliza Austin para su quehacer es la *terapia vocal de sostén*, que consiste en lo siguiente. Se cita:

*"El soporte armónico constante, consistente, la base rítmica y el acompañamiento vocal de 'la madre suficientemente buena-terapeuta', provee un fuerte, pero flexible encuadre musical que es experimentado como muy seguro y contenedor"*¹⁶.

La autora sostiene que en esta estructura el cliente usualmente se siente lo suficientemente seguro para tocar y experimentar la libertad de la propia expresión creativa.

"En la fase inicial de 'sostén vocal' el terapeuta y el cliente cantan al unísono.

*Cantar de esta forma puede promover la emergencia de una simbiosis como la transferencia y contratransferencia"*¹⁷

La siguiente fase que la autora propone es de armonización. Aunque la armonización crea un gran sentido de separación más que cantando al unísono, puede ser todavía una experiencia muy íntima para algunos clientes para ser tolerada.

A continuación, la autora menciona una fase de trabajo en espejo:

"Trabajar en espejo acontece cuando un cliente canta su propia línea melódica y el terapeuta responde repitiendo la melodía del cliente de vuelta hacia él (...)".

"(...) Los clientes frecuentemente refieren que la experiencia de ser escuchado y respondida en la música resulta en un sentimiento de reconocimiento y validación.

*La base se da cuando el terapeuta canta la tónica, o la fundamental de los acordes, con lo cual provee la base para la improvisación del cliente"*¹⁸

Por último, Austin refiere una fase de exploración musical y reabastecimiento, por ejemplo:

¹⁵ Millecco Luiz Antonio y Ronaldo (1998) "Funciones del canto en la musicoterapia". Complemento elaborado para el curso *Funciones del canto en la musicoterapia*, en el II Encuentro Latino-Americano de Musicoterapia, Río de Janeiro.

¹⁶ Austin, Diane, (1999) "Clinical Applications in Music Therapy in Psychiatry". En: *Vocal Improvisation in analytically oriented music therapy with adults*. CIUDAD, Tony Wigram y Jos. de Backer, Jessica Kingsley Publishers, pág. 141-157 (Traducción de Marcela Marina).

¹⁷ Austin, Diane, (1999), op.cit., nota 15, pág. 18.

¹⁸ Idem.

*“Cuando se canta ‘a capella’ o instrumentos no armónicos (como tambores), el terapeuta puede tomar una nota y crear un sonido monótono (o zumbido) sobre el cual el cliente puede improvisar”.*¹⁹

Otro de los recursos utilizados por la autora es la *asociación libre cantada*. Uno de los objetivos es colocar palabras dentro de la música y viceversa, de forma tal que las palabras están corporizadas y plenas de sentimiento. Esta técnica es especialmente útil para clientes con una disociación entre mente y cuerpo.

En la distensión que se produce por el canto y la seguridad que da saber qué armonía será percibida, el cliente podrá internarse en los contenidos emocionales de recuerdos, sueños, situaciones del pasado, relaciones, incluyendo emociones transferenciales con el terapeuta.

Otro autor, Paul Newham, propone dos metodologías, como dos direcciones para trabajar con la voz:

- Canción familiar

- Respiración, voz y catarsis

Propone sistemas de escucha, toma del psicoanálisis para inferir sentido y diseña metodologías sonoras en las que interviene para desplegar situaciones en el cliente. Como marco teórico, destaca a alguno de los discípulos de Freud (Brody, Ferenczi) que toman datos del inconciente de las personas que se reflejan en la voz.

Ferenczi sostiene que algunos de sus pacientes refieren temas infantiles y la voz se anina, u hombres que hablan con dos voces

Brody señala a un paciente que cambia la voz al hablar de su padre, otro que manifiesta permanecer como niño y utiliza la voz aguda.

Entonces Newham piensa técnicas vocales que hacen al inconsciente de la persona. Retoma el término *catarsis* que utilizara Freud con antelación a la asociación libre.

Para este autor son muy importantes el cuerpo y la respiración que se reflejan en la expresión vocal para luego dar paso a la catarsis o descarga. Sobre el particular, se basa en Reich y en Lowen. Reich, al igual que Jung, había sido expulsado por Freud por expresar la idea de que la salud emocional no sólo se expresaba, como opinaba Freud, sino que el cuerpo somatizaba en la represión corporal también. Más precisamente, Reich hablaba de energía orgásmica y sexualidad indicadora de salud. Más adelante Lowen toma estos conceptos y habla de disolver las

corazas corporales a partir de trabajos vocales de descarga.

Descripción de canción familiar: se le propone al cliente una estructura armónica simple, con reminiscencias infantiles, que le sirva para poder expresar características de las personas de su núcleo familiar.

Descripción de respiración, voz y catarsis: es un desprendimiento de la técnica de Lowen, a partir de la metodología del trabajo vocal terapéutico. Postula una apertura expresiva de estructuras contenidas, pero no se limita sólo a eso como Lowen, sino que trata de definir una estructura que integre y esclarezca una situación.

Tal lo expresado anteriormente, se detallará la visión de Lisa Sokolov en relación a la *terapia de improvisación vocal*.

Lisa Sokolov nació en Nueva York, es musicoterapeuta, creadora del método Embodied Voice Work. Comenzó sus estudios en el conservatorio como pianista clásica y cantante, formándose dentro de un contexto de música tradicional. Al respecto se cita:

*“Como profesora de canto, tomé conciencia que lo que estaba inhibiendo a los individuos a tener un acceso completo a sus expresiones vocales innatas, no era una cuestión de entrenamiento vocal, sino que se estaba poniendo en juego algo en relación a lo físico, lo energético, lo emocional y mental. Me di cuenta que al sostener y contener estos aspectos en el trabajo vocal, se revelaban grandes insights (...)”*²⁰

Es así como la autora comienza a encontrar relaciones entre el trabajo vocal y su aspecto terapéutico y cursa la carrera de grado y post-grado de musicoterapia en donde toma contacto con los postulados teóricos de Wilhelm Reich, Carl Jung, Milton Erickson y Fritz Perls. Para ilustrar este párrafo se cita:

“Como musicoterapeuta, tomé conciencia del gran poder de transformación que vive dentro de la música. Tomé conciencia de las conexiones que hay entre resonancia y calidad musical de la voz y su conexión a los procesos individuales. He estado fascinada por el intervalo que hay entre la línea del significado contenido en la melodía y los tonos que se tocan, y su relación con la línea de significado en donde se utilizan las palabras y el lenguaje al hablar. Como dice Martha Graham, el cuerpo nunca miente, por lo que parece ser verdad, que la resonancia y los tonos que se ponen en juego de forma subyacente en el

¹⁹ Idem.

²⁰ Sokolov Lisa (2007) *Embodied Voice Work; Voice through*. Springfield Illinois, Charles Thomas Publisher (Traducción M. Goyheneix- Grasselli).

discurso y las estructuras de las oraciones tampoco mienten".²¹

En su modelo, Sokolov busca promover la motivación interna y la responsabilidad personal del cliente en lugar de una dependencia a las intervenciones externas, a la terapia, a los medicamentos..., ya que es el paciente que tiene que conectarse con su interior, poner en juego sus recursos y sus potenciales para lograr un camino hacia la salud. Dentro del contexto de *embodied voice work*, la autora entiende a los síntomas físicos o emocionales, a los problemas o a los bloqueos de la creatividad, como mensajes o atentados a la comunicación dentro del sistema. Estos problemas son heridas contenidas dentro del *self* y así, de este modo, se contiene el propio potencial de energía y posibilidad de camino hacia su desenvolvimiento. El tomar conciencia de esto lleva a la liberación, los síntomas contienen dentro de sí mismos sus propias soluciones.

Los síntomas son planteados por Sokolov entonces como aliados, como informantes de que algo anda mal, como una forma de toma de conciencia para el individuo de que es necesario lograr un nuevo equilibrio. Va a ser la toma de conciencia en el propio estado interno lo que conduzca a la liberación del mismo y no en el uso sistemático de remedios, analgésicos y calmantes, los cuales interfieren en el sistema. Los síntomas generan un llamado de atención, está en el individuo el poder conectarse con los mismos escuchando en su interior.

A continuación se expondrá la *terapia de improvisación vocal*.

*"La terapia de improvisación vocal es un modelo desarrollado por Lisa Sokolov que usa la respiración, la entonación, la improvisación vocal, el canto, la postura corporal, el tacto, la imagería verbal y técnicas psicoterapéuticas"*²².

Esta terapia fue originalmente diseñada para adultos normales y neuróticos en la comunidad. El principal requisito es que el cliente elige trabajar sus dificultades a través de este modelo.

Objetivos

- Darle a la persona flexibilidad vocal, física y expresiva.
- Trabajar los bloqueos físicos, emocionales e

intelectuales.

- Reducir el stress.
- Facilitar la comunicación entre diferentes polaridades y aspectos del *self*.

Encadre de la sesión

La improvisación vocal puede ser usada por individuos o grupos terapéuticos dentro de la práctica privada, institutos o universidades. Las sesiones individuales son de una hora generalmente. Los grupos terapéuticos pueden consistir en sesiones de dos horas semanales o talleres intensivos de cinco horas por día durante una semana. Cuando el objetivo está centrado en el proceso grupal, el tamaño máximo aconsejable es de siete miembros.

Medios y roles

La voz es el medio de interacción básico del terapeuta. Sin embargo pueden emplearse otros instrumentos de acuerdo a la necesidad del cliente en ese momento. La mayor parte del tiempo, la improvisación del cliente es acompañada por la del terapeuta, que sirve como soporte, guía, estímulo, además de medio de comunicación entre ambos. Se utilizan actividades de movimiento que estimulan y son estimuladas por improvisaciones vocales, además del dibujo y la pintura que pueden ser usados para tal fin.

Orientaciones teóricas:

El terapeuta de improvisación vocal sirve como "guía", mientras que el cliente es visto como el que "sabe" con precisión lo que es necesario para alcanzar el bienestar.

Referentes teóricos

- De la terapia gúestáltica se toma el énfasis en el aquí-ahora, técnicas como el diálogo y el trabajo con sueños.

- De la silla vacía de W. Reich proviene la mirada entre la relación cuerpo físico y psíquico, la naturaleza de la energía corporal, las corazas corporales y el alojamiento de emociones, traumas y recuerdos en la estructura muscular.

- De C. Jung recibe las nociones de *self* creativo, inconsciente personal y colectivo, el uso de la imagería de los símbolos y de los arquetipos.

- De la programación neurolingüística toma técnicas para trabajar con imágenes sensoriales, incongruencias y conflictos entre partes del *self*.

- De la experiencia musical devienen las técnicas de improvisación y la creencia en el poder totalizador que tiene la expresión musical improvisada como medio de

²¹ Sokolov Lisa (2007), op. cit., nota 19, pág. 21.

²² Sokolov, Lisa (1999) "Improvisational vocal therapy". En: Bruscia, K.E. (ed.) *Improvisational Methods of Music Therapy*. Springfield, Illinois, Charles Thomas Publisher, pág. 353 - 359.

bienestar.

Evaluación de inicio y seguimiento:

*“La evaluación inicial y el seguimiento son procesos continuos en la terapia de improvisación vocal. La evaluación inicial comprende cuatro pasos: el desarrollo de un perfil relacionado con los problemas del cliente; entrevista y observación; actividades estructuradas; e improvisación libre”*²³

La evaluación inicial está orientada hacia la historia familiar y personal. El terapeuta observa y escucha la voz del cliente, cómo se ubica en el cuerpo y varía en determinados temas, rango y fluidez, liberación y apoyo, etc. Las actividades estructuradas consisten en ejercicios variados de respiración, movimiento e imaginación, rolados de columna, exploraciones de vocales, bostezos, rango vocal. La improvisación vocal libre es evaluada en términos de altura, timbre, resonancia, flexibilidad rítmica, color melódico, integración de resonadores, colocación.

La evaluación de seguimiento es tomada como un proceso continuo, como monitoreo de progreso y es monitoreada por medio de planillas, observaciones y feedback directo con el cliente.

Desarrollo del tratamiento

Se relaciona con el formato de sesión y consta de cuatro pasos:

- Diálogo. Tiene el propósito de determinar el foco de la sesión que el cliente quiere poner en juego, en general se abordan temas relacionados con las experiencias de aquí-ahora o aquellos que han sido abiertos en sesiones previas.

- Caldeamiento. Los ejercicios sirven para identificar limitaciones vocales y físicas, fortalezas y conflictos dentro del *self* del cliente.

- Actividad central. La improvisación vocal es el principal proceso empleado, junto con ejercicios de canto, respiración, alineación corporal. Lo importante es que el desarrollo es una evolución de momento a momento. El terapeuta puede sostener, conducir, reflejar o regular la improvisación usando ostinatos, progresiones de acordes, técnicas para bloqueos corporales como el contacto, el tonismo y trabajos de imaginación.

- Cierre de reflexión. Cuando la música llega a una cadencia natural o punto de cierre, el procesamiento puede ser desarrollado verbalmente o a través del dibujo. El final sirve para integrar el trabajo central de la

sesión.

Dinámicas: cliente- música

*“...los elementos del self musical que toman función dinámica son: el cuerpo, la respiración, el tono muscular, el ritmo, la melodía, las palabras, la armonía y la imaginación, integradas por medio del canto y la improvisación. Estos elementos alientan tanto relaciones inter como intrapersonales.”*²⁴

El cuerpo se toma en relación con su función específica. Por ejemplo: la columna es vista como sostén, la garganta como puente entre mente y cuerpo. El cuerpo es el sujeto y objeto sonoro, el productor y receptor de sonido. Desde el cuerpo se transmiten mensajes relacionados con el estado del *self*.

En cuanto a la respiración, inspirar es traer, abrir, recibir. Espirar es liberar, vaciar y brillar. El sonido es la reverberación de la forma y el espacio que resuena interna y externamente. La voz es considerada como el punto medio entre el *self* físico, emocional, intelectual y espiritual. El ritmo y las consonantes proveen estructura y límites para las emociones que son más aptas cuando el cliente está desbordado. La melodía y las vocales permiten el fluir de las emociones. La armonía sostiene, refleja, ayuda a integrar polaridades y conflictos expresados en los sonidos. Las imágenes llevan a un darse cuenta verbal a través de símbolos y metáforas. A través del canto, el individuo entra en contacto con el inconsciente colectivo a la vez que hace lo propio con su *self*. La improvisación es empleada para acceder a recursos preconcientes e inconscientes a la vez que facilita la percepción continua del presente y el procesamiento de la experiencia aquí y ahora.

Proceso

También incluye cuatro etapas:

- Toma de conciencia: aborda exploraciones de los elementos dinámicos descriptos. El cliente empieza a comprender y reconocer la importancia del estado presente en su devenir.

- Liberación y fortalecimiento: Consiste en el trabajo con los bloqueos en general y el fortalecimiento es la activación hacia un funcionamiento más efectivo dentro del *self*.

- Integración: reconocimiento de cómo la liberación y el fortalecimiento afectan la totalidad del *self* y su integración a otros

²³ Sokolov, Lisa (1999), op. cit., nota 21, pág. 23.

²⁴ Sokolov, Lisa (1999), op. cit., nota 21, pág. 23

aspectos de la vida.

- Independencia del terapeuta: Se desenvuelve en fases de dependencia e independencia, hasta que el cliente esté listo para sostener su propia voz para trabajar en forma independiente sus temáticas.

3. Propuesta de abordaje musicoterapéutico para la patología vocal docente

En relación con el contexto de vulnerabilidad estructural socio- económica en que se desenvuelve en la actualidad el ejercicio de la labor docente, considerando además la situación de las escuelas, por ejemplo en el conurbano bonaerense (condiciones de marginalidad, violencia, desnutrición, cuestiones edilicias, escasez de materiales, etc.); es que se presenta la siguiente propuesta de trabajo.

Dicha propuesta se concretiza en la realización de encuentros con un dispositivo en forma de taller.

Es pertinente retomar para graficar este aspecto algunas definiciones que se desprenden del marco teórico expuesto, acerca de los factores de riesgo, los síntomas y el tipo de intervenciones sobre la improvisación vocal musicoterapéutica que se estima utilizar.

A modo de mapa conceptual se describen los mismos sintéticamente:

<p><u>Factores de riesgo</u> Stress, fatiga, síndrome de 'burn-out'. el ritmo de actividad, el esfuerzo visual, las posturas forzadas, la relación con los alumnos, con los compañeros, con la dirección, con la inspección educativa</p>	
<p><u>Síntomas</u> Dolor en el cuello y la nuca. Sensación de cuerpo extraño. Picazón de garganta. Carraspeo frecuente. Sensación de menor cantidad de aire. Menor tiempo de fonación. Cambio de voz a lo largo del día. Incapacidad de aumentar la intensidad de la voz. Finales de frase inaudibles. Pérdida de brillo y claridad de la voz</p>	<p><u>Desarrollo del tratamiento</u>¹ - Diálogo - Caldeamiento - Actividad central. - Cierre de reflexión</p>
<p><u>Evaluación del proceso:</u>¹</p> <ul style="list-style-type: none"> o Toma de conciencia o Liberación y fortalecimiento o Integración de la liberación y el fortalecimiento o Independencia del terapeuta 	

4. Dispositivo de taller

Contextualización

Atendiendo a lo expuesto en la propuesta enunciada, se privilegiará la elección de una población destinataria integrada por docentes de la rama primaria que ejerzan sus funciones en una escuela pública del conurbano bonaerense.

A los efectos de ilustrar un posible enfoque desde la modalidad de taller es que se propone la realización del mismo con un criterio intensivo. El encuadre puede desarrollarse en cinco encuentros de dos horas cada uno. (Tal lo aconsejado por Lisa Sokolov y enunciado en el marco teórico, pág. 23)

Para su factibilidad, se pueden utilizar los días previos al comienzo de clases, durante el mes febrero, época en que los docentes asisten cumpliendo la totalidad de su carga horaria, pero sin alumnos. El número de asistentes debe ser reducido, no más de siete integrantes y no menos de cuatro para una mejor interacción de los participantes y un mejor seguimiento por parte del musicoterapeuta.

Se considera importante que sea de carácter voluntario para sostener una buena predisposición en los asistentes.

Justificación

Para justificar la utilización de un dispositivo de taller, se exponen las siguientes citas a continuación:

"Si tomamos en cuenta el significado que originalmente se le otorgaba al término, una de las características del trabajo en el Taller, es que procede del establecimiento del vínculo y la comunicación a la producción y a la tarea,...en tanto a través del grupo se logra la síntesis del hacer, el sentir, el pensar (...)"²⁵

"(...) El taller puede combinar perfectamente el trabajo individual o personalizado y la tarea socializada, grupal o colectiva, la cual genera efectos terapéuticos y educativos, en tanto posibilita la superación de conflictos personales, facilita la comunicación y la apropiación del objeto de conocimiento, el transformar y transformarse, el aprender a pensar(...)"²⁶

Los talleres nacen como un tiempo y espacio para accionar, sentir y pensar en libertad junto a otros. Como lugar de indagación de la realidad, de cuestionamiento y transformación. Es decir que la

²⁵ Gómez, Mercedes (2004) "El encuadre taller de musicoterapia", Bibliografía de la cátedra Pasantía observ. y Práct. en instituciones, Área clínica, Cátedra 227, Hospital Posadas, carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires.

²⁶ Gómez, Mercedes (2004), op. cit., nota 26, pág. 28.

denominación de taller pone el acento en la actividad. Prioriza la tarea y lo que el sujeto *puede hacer*.

El taller tiene que ver con lo que se construye artesanalmente y en lo artesanal hay una marca diferencial, la *marca propia*.

Es decir, se toma la disciplina como una herramienta o instrumento para la subjetividad, y a su vez desde la disciplina hay algo simbólico que sostiene. Se busca fundar una temporalidad y un espacio para la escucha y la producción de un sujeto implicado en ese hacer.

Objetivos

Se realiza una propuesta de musicoterapia de improvisación vocal con orientación preventiva que tiene los siguientes objetivos:

- Que el docente tome conciencia de las características de su propia voz, que pueda reconocer los indicadores sensorceptivos de la dificultad vocal.
- Que adquiera estrategias para mejorar el uso de la propia voz, tomando conciencia de lo que puede hacer para que no se deteriore.

4.1.1. Aspectos organizacionales

Se presenta el taller por diferentes momentos, con la salvedad que del mismo participan de 4 a 7 docentes de nivel primario, de una escuela pública del conurbano bonaerense en forma voluntaria. La propuesta es realizar el taller en base a los textos de Lisa Sokolov, desarrollados en el marco teórico (Págs. 21, 22, 23, 24, 25, 26).

Se considera que la investigación es de tipo cualitativa, por lo tanto la elección de la muestra es intencional. Es una muestra de sujetos-tipo²⁷ que en estudios de perspectiva fenomenológica se utilizan cuando el objetivo es analizar los valores de un determinado grupo social. Como tipo de estudio, el presente trabajo se corresponde con las características enunciadas por el autor Samaja, en relación al exploratorio-descriptivo.²⁸

Por las características propias de la actividad, se cree conveniente utilizar como recurso material un sintetizador para realizar el sostén armónico (detallado en el marco teórico), o un par de bongós como ofrecimiento de sostén percusivo, o música

editada. Los encuentros pueden desenvolverse en la sala de música de la escuela.

Primer momento: Diálogo

Objetivo: determinar el foco del encuentro que el sujeto (grupo) quiere poner en juego. En general se abordan temas relacionados con las experiencias de aquí-ahora o aquellos que han sido abiertos en encuentros previos.

Actividades: diálogo con los participantes en relación con la temática de las dificultades vocales u otras cuestiones que surjan a raíz de la problemática enunciada.

Evaluación: para el encuentro inicial se propone un cuestionario de apertura con el objetivo de recabar información acerca del estado de la salud vocal de cada uno de los docentes. El cuestionario está elaborado sobre la base de los datos obtenidos en el marco teórico acerca de la sintomatología de las disfunciones vocales. Es de un carácter autoadministrado, no anónimo, pero sí se asegura su confidencialidad. A tal efecto se dispondrá su entrega y recolección en sobre cerrado.

Los datos del cuestionario colaboran con la toma de conciencia por parte de los concurrentes de los síntomas de las disfunciones vocales docentes en relación con su propia voz; a la vez permiten que el musicoterapeuta sondee las condiciones vocales de los asistentes.

El cuestionario se realizó basado en la descripción de los síntomas expresados en el marco teórico (Pág. 11).

Cuestionario de apertura

¿Reconoce en Ud. alguno de estos síntomas?

Síntomas	SI	A VECES	NO
Dolor en el cuello y la nuca.			
Sensación de cuerpo extraño			
Picazón de garganta			
Carraspeo frecuente.			
Sensación de menor cantidad de aire			
Menor tiempo de fonación			
Cambio de voz a lo largo del día			
Incapacidad de aumentar la intensidad de la voz			
Finales de frase inaudibles			
Pérdida de brillo y claridad de la voz			

En los siguientes encuentros, la evaluación puede ser dialógica, en relación con

²⁷ Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C. y Baptista, Pilar, (1995) *Metodología de la Investigación*, Buenos Aires, Eudeba.

²⁸ Samaja, J., (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba, cap. 1, 2, 3, 4.

indicadores corporales, emocionales o de otro tipo que fueran surgiendo en respuesta a las actividades de encuentros anteriores.

Segundo momento: Caldeamiento

Objetivo: identificar limitaciones vocales y físicas, fortalezas y conflictos internos del sujeto en relación con el uso de la voz en su tarea cotidiana.

Actividades: pueden incluir estiramientos, bostezos, vocalizaciones, respiraciones, alineamiento corporal, rolados de columna o combinaciones de estas actividades.

Evaluación: el terapeuta puede formular preguntas o escuchar lo que el sujeto expresa en un intercambio verbal. La intención es relacionar mediante metáforas o imágenes los mensajes del cuerpo en relación con el uso de la voz.

Tercer momento: Actividad central

La improvisación vocal es el principal proceso empleado, junto con ejercicios de canto, respiración, alineación corporal. Lo importante es que el desarrollo es una evolución de momento a momento. El terapeuta puede sostener, conducir, reflejar o regular la improvisación usando ostinatos, progresiones de acordes, técnicas para bloqueos corporales como el contacto, el tonismo y trabajos de imaginaria.

Objetivo:

"el aprendizaje y lo curativo ocurren dentro de la improvisación vocal en sí".²⁹

- Que el sujeto adquiriera una mayor flexibilidad vocal, física y expresiva, trabajando con los bloqueos físicos, emocionales e intelectuales.

- Reducir el stress y facilitar la comunicación entre diferentes polaridades del *self*³⁰

Actividades: improvisación vocal, exploración tímbrica, efectos, sonoridades, exploración en diferentes volúmenes y frecuencias, texturas vocales.

Evaluación: para la evaluación y registro de este momento, se ha elaborado un protocolo que se detalla a continuación.

Referencias para todas las variables:

R: Riqueza en la variación

P: pobreza en la variación

NO: No varía

Variables de improvisación vocal.

Texturas vocales: Entendidas desde lo musical como el entramado que conforma un discurso sonoro, en este caso vocal, señala la organización de las ideas, en capas o planos sonoros simultáneos (monofónica, polifónica: heterofónica, homofónica).

Ahora bien, desde lo musicoterapéutico, las texturas vocales se relacionan con la posibilidad de explorar diversos planos sonoros vocales promoviendo cierta flexibilidad sonora, posibilidades de resonancia, color melódico, integración de resonadores.

Efectos, sonoridades: desde lo musical algunas posibilidades de expresión de los mismos se dan en la exploración de diversas rugosidades, ronquidos, graznidos, sonidos iterados, etc. Sin embargo, desde lo musicoterapéutico se relacionan con la improvisación que incluye la aparición de diversos efectos o sonoridades vocales, dando cuenta de una flexibilidad sonora e incluso rítmica, exploración de resonancias diversas y variaciones en el color melódico.

Timbre: desde lo musical, es la calidad particular de un sonido, propio de una voz o de un instrumento. El timbre de una voz es su personalidad, lo que la hace inmediatamente reconocible y la distingue entre las demás. En cambio desde lo musicoterapéutico se trata de la posibilidad de explorar diversos timbres vocales, incluyendo improvisaciones con el color melódico, integración de los resonadores, flexibilidad y autenticidad del sonido, colocación de la voz.

Alturas: desde la educación musical, la altura de un sonido depende de la frecuencia de las vibraciones por segundo expresadas en *hertz*: cuanto más elevada es la frecuencia, más agudo es el sonido; cuanto más baja es más grave. En cambio desde lo musicoterapéutico, la improvisación en distintos rangos de la frecuencia sonora da la posibilidad de exploración de los diversos registros vocales, flexibilidad en cuanto a la resonancia sonora, color melódico.

Valores y dimensiones

En este apartado, se considera como indicador de vulnerabilidad a la presencia de estancamiento o rigidez en la improvisación vocal como tendencia en los indicadores

	Variables											
	Texturas vocales			Efectos, sonoridades			Timbres			Alturas		
Cada docente	R	P	NO	R	P	NO	R	P	NO	R	P	NO

²⁹ Sokolov, Lisa (1999), op. cit., nota 21, pág. 23

³⁰ Idem

psicosonoros³¹ (factores de riesgo individual/ ambiental).

En cambio, se considera como indicador salugénico a la presencia de flexibilidad y plasticidad como tendencia en los indicadores psicosonoros en el caso de la riqueza en la variación (en relación a los factores de protección individual y ambiental).

Texturas vocales:

- Riqueza en la variación de expresión en relación con los planos sonoros
- Variación pobre, apenas se distinguen algunos planos sonoros.
- No varía en relación a la textura del sonido.

Efectos, sonoridades:

- Riqueza y variedad, juega experimentado diversidad de efectos y sonoridades.
- Pobreza en la variación, hay escaso movimiento y experimentación de efectos y sonoridades.
- No varía, se registra cierto estancamiento sonoro.

Timbres:

- Utiliza diversidad de timbres, onomatopeyas, etc.
- Produce una escasa variedad tímbrica con tendencia al estancamiento y poca plasticidad en su expresión.
- No produce diversidad de timbres.

Alturas:

- Improvisa diversas alturas, jugando en los distintos registros de la frecuencia sonora.
- Pobreza en la improvisación, hay cierta rigidez en la expresión de diversidad de alturas.
- No produce diversidad de alturas, esto denota un cierto estancamiento.

Cuarto momento: Cierre de reflexión

Objetivo:

- Procesar el segmento activo del encuentro.
- Consolidar e integrar el trabajo central del encuentro en la totalidad del proceso terapéutico.

Actividades: Éstas incluyen el diálogo entre los concurrentes y el musicoterapeuta, se puede realizar a través del dibujo o la expresión corporal también.

Evaluación: dialógica, tendiente a la toma de conciencia de los objetivos planteados para los diferentes momentos.

Se estima conveniente para tal fin la entrega de un cuestionario para su respuesta donde

se reflejen los distintos aspectos mencionados.

Respecto de la experiencia del taller preventivo de improvisación vocal :	Si siempre	A Veces / En cierta forma	No/nunca
¿Piensa que lo que vivenció aquí le permitirá mejorar su voz?			
¿Le gustaría repetir la experiencia?			
¿Logró realizar las actividades?			
¿Pudo registrar cambios a nivel corporal?			
¿Logró detectar cambios a nivel emocional?			
¿Reconoció variaciones a nivel intelectual?			
¿Logró identificar limitaciones vocales o físicas?			
¿Pudo detectar fortalezas?			
¿Registró algún tipo de conflicto?			

Quinto momento: Evaluación de impacto

Objetivos:

- Reconocer los cambios ocurridos en relación a la patología vocal docente un mes después de realizado el taller.

- Determinar los aspectos que permitan saber si los objetivos del taller se cumplieron.

Actividades: responder el cuestionario en los términos anteriormente planteados (confidencialidad, opción voluntaria, autoadministración).

Evaluación:

Cuestionario: el mismo se entregará un mes después de realizado el taller.

¿Pudo registrar alguna mejoría en el modo de emisión de su voz en relación al siguiente cuestionario?

Síntomas	SI	A VECES	NO
Dolor en el cuello y la nuca.			
Sensación de cuerpo extraño			
Picazón de garganta			
Carraspeo frecuente.			
Sensación de menor cantidad de aire			
Menor tiempo de fonación			
Cambio de voz a lo largo del día			
Incapacidad de aumentar la intensidad de la voz			

³¹ Pellizzari- Rodríguez, (1996), op. cit., nota 11, pág. 13

Finales de frase inaudibles			
Pérdida de brillo y claridad de la voz			

4.1.2. Instrumentos de recolección de datos

Observación directa.
Cuestionarios.

4. Conclusiones

Se considera que esta investigación puede realizar un aporte a la comunidad de docentes y musicoterapeutas, por exponer y presentar la temática de las disfunciones vocales en docentes y un posible abordaje preventivo.

Mediante la presente investigación, se ha sistematizado la información dando cuenta de las diferentes categorías que fundamentan la práctica terapéutica de diversos autores en relación con la musicoterapia de improvisación vocal. Se da cuenta del marco teórico al que pertenecen, la teoría específica que fundamenta su accionar, se describen las características de cada abordaje terapéutico, se da cuenta de una concepción particular de encuadre, se especifican poblaciones con las que se implementa el trabajo así como el cambio de objetivos y metas que éstos requieren, se informa acerca de los medios, los roles y las técnicas propias que se utilizan, se da cuenta de las dinámicas que se pueden generar así como de la función de los elementos musicales en las mismas.

Del mismo modo, se ha sistematizado en el marco teórico la información referida a los factores de riesgo propios de estas disfunciones vocales en docentes, así como la sintomatología que suele presentarse para la detección del problema. Ya que la propuesta es de carácter preventivo, se han descrito además en el marco teórico conceptos en relación con la musicoterapia de carácter preventivo, así como la posibilidad de un abordaje desde la concepción de taller.

Dado que las disfunciones vocales en los docentes representan por ley una enfermedad de riesgo, es deber del empleador difundir las mismas y generar modalidades de prevención de su aparición. El presente trabajo postula un abordaje musicoterapéutico preventivo de improvisación vocal, desde una modalidad de taller como propuesta de promoción de la salud para dicha comunidad.

En relación con la prevención de las distorsiones vocales en los docentes, se considera que el trabajo corporal de

caldeamiento, la mejora en las malas posturas, en la respiración, en la relajación y en la autoconciencia del esquema corporal vocal, puede mejorar también la emisión de la voz de la población propuesta.

En relación con los objetivos planteados, el presente trabajo puede contribuir para reconocer las características de la musicoterapia de improvisación vocal que puedan ser utilizadas para reducir los factores de riesgo en las disfunciones vocales docentes, así como para enunciar los elementos del abordaje de musicoterapia de improvisación vocal que puedan ser aplicados para la prevención de la patología vocal docente. Además, la utilización de la exploración de texturas, alturas, timbres, efectos, sonoridades, con una apertura a la creatividad y a la flexibilidad sonora, se puede considerar como un indicador salugénico y como un factor de protección tanto individual como ambiental.

Referencias bibliográficas

- Austin, Diane, (1999) "Clinical Applications in Music Therapy in Psychiatry". En: *Vocal Improvisation in analytically oriented music therapy with adults*. Tony Wigram y Jos. de Backer, Jessica Kingsley Publishers, pág. 141-157 (Traducción de Marcela Marina).
- Bacot, Ma. Cecilia, Facal, Ma. Laura, Villazuela Gastón, (1996) *El uso adecuado de la voz*, Buenos Aires, Akadia.
- Bruscia, K., (1987) *Improvisational models of Music Therapy*, Springfield Illinois, Charles C. Thomas publishers (Traducción Cátedra Ed. Vocal 3, Carrera de Musicoterapia, U.B.A. Titular Marcos Vidret).
- Caplan, Gerald, "Un modelo conceptual de la prevención primaria". En: *Principios de Psiquiatría Preventiva*, Buenos Aires, Paidós, pág. 43-71.
- Husson, Raoul, (1962) *Physiologie de la phonation*, París, Masson, cap. 24 y 26 (Traducción Ricardo Suárez).
- Lecourt, Edith, (1993) "La improvisación musical en el análisis de grupo". En: *Análisis de Grupo y Musicoterapia*, Agruparte.
- Ronaldo, Milleco, (1998) *É preciso cantar*, Río de Janeiro, Enelivros, segunda parte.
- Newham, Paul, (1998) *Therapeutic voicework: Principles and practice for the use of singing as a therapy*, London, Jessica Kingsley Publishers, cap. 5, 6, 7.
- Pellizzari, Patricia- Rodríguez, Ricardo (1996) *Salud, Escucha y creatividad*, Buenos Aires, Ricardo R. Resio, cap. 5.
- Samaja, J., (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba, cap. 1, 2, 3, 4.
- Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C. y Baptista, Pilar, (1995) *Metodología de la Investigación*, Buenos Aires, Eudeba.
- Sataloff, Robert, Spiegel, Joseph, (1991) "Atención de la voz profesional". En *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. Volumen 5, México, Editorial Interamericana, pág. 1101- 1138.
- Schapiro, D. (2002). *Musicoterapia, facetas de lo inefable*, Río de Janeiro, Enelivros.
- Sokolov, Lisa (1999) "Improvisational vocal therapy". En: Bruscia, K.E. (ed.) *Improvisational Methods of Music Therapy*. Springfield, Illinois, Charles Thomas Publisher, pág. 353 - 359.

- Sokolov Lisa (2007) *Embodied Voice Work; Voice through*. Springfield Illinois, Charles Thomas Publisher (Traducción M. Goyheneix- Grasselli).
- Williams, Alberto (1968) *Teoría de la música*, Buenos Aires, Gurina y Cía.
- ADIM (2005): Selección de textos Grupo: Improvisational Methods of Music Therapy de K. Bruscia. (Traducción Marcos Vidret, corrección de estilo Diego Schapira).
- Isla C., Afonso S. (2007) "El hacer reflexivo como estrategia de promoción de la salud", Comisión Comunitaria ASAM Presentado en el IX Congreso Nacional de Musicoterapia, Puerto Madryn, Chubut, Octubre de 2007.
- García Calleja, Manuel, "Prevención de riesgos de la voz en docentes", *Revista universitaria de ciencias del trabajo*, núm. 1, pág. 199-223, Universidad de Valladolid.
- Gómez, Mercedes (2004) "El encuadre taller de musicoterapia", Bibliografía de la cátedra Pasantía observ. y Práct. en instituciones, Área clínica, Cátedra 227, Hospital Posadas, carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires.
- Mendoza C. (2003) Jornadas de Musicoterapia Preventiva "Hacia la musicoterapia social: la comunidad sujeto y objeto de intervención", USAL, Buenos Aires.
- Millecco Luiz Antonio y Ronaldo (1998) "Funciones del canto en la musicoterapia". Complemento elaborado para el curso *Funciones del canto en la musicoterapia*, en el II Encuentro Latino-Americano de Musicoterapia, Río de Janeiro.
- Rejane, Lia (Mendes Barcellos) (1999) "De la 'recreación' musical a la composición: un camino hacia la individualidad de los 'chicos de la calle'", 9th World Congress of Music Therapy, Washington.
- Siccardi, G. (2004) "Musicoterapia comunitaria: crisis política, asambleas barriales, construcción comunitaria", presentado en el Primer Congreso Internacional de Verano, Desarrollos en Musicoterapia, Buenos Aires.
- Vidret, Marcos (2005) "Sobre un sistema de análisis de los dispositivos musicoterapéuticos", Cátedra Ed vocal-fonal 3, Carrera De Musicoterapia, Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de Educación de la Nación Argentina, "Salud: riesgo profesional", www.argentina.gob.ar.
- Sadop (Sindicato argentino de docentes privados), www.sadop.net.
- Estatuto Docente. Apartado licencias. www.puntaje.com.ar

MUSICOTERAPIA PRENATAL, UN PRELUDIO A LA VIDA

Gabriel F. Federico

Contacto: contacto@gabrielfederico.com – www.gabrielfederico.com

“Si el potencial musical que todos tenemos fuera desarrollado desde la infancia, dejaríamos de pensar en la música como dominio de unos pocos, convirtiéndola en una actividad accesible para una mayor cantidad de individuos”
Howard Gardner,

Introducción

Cuando la música llega al cerebro a través del canal auditivo, moviliza sensaciones, emociones y recuerdos de manera automática. La melodía que acompañó nuestro primer baile o una declaración de amor, quedarán grabada en la memoria de forma tal que con sólo volver a escucharla será posible revivir ese momento. El bebé por nacer se irá relacionando con melodías que reconocerá dentro del útero y que una vez nacido lo calmarán remitiéndolo a ese estado placentero que vivió durante la gestación.

Pero en primer lugar quisiera aclarar que el trabajo musicoterapéutico con embarazadas es mucho más que poner una música agradable en una sesión para estimular al bebé dentro del útero. Es un espacio terapéutico en donde se pone en juego todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora para su calidad de vida. En primer lugar quisiera aclarar que el trabajo con embarazadas es mucho más que poner una música agradable en una sesión para estimular al bebé dentro del útero. Es un espacio terapéutico en donde se pone en juego todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora para su calidad de vida. En mi libro “Música prenatal”, planteo que el embarazo se vive simultáneamente en cuatro esferas: la física, la mental, la emocional y la espiritual. Además, ante la presencia de algún defasaje entre ellas, debemos como terapeutas trabajar para nivelarlas, para que la vivencia de la gestación sea totalmente equilibrada.

Sabemos que es el médico obstetra quien se ocupa del embarazo físico, pero también sabemos que, por lo general, no se suelen considerar como importantes a los otros embarazos paralelos, invisibles, que se suceden de manera simultánea al embarazo físico. Los mismos no son considerados porque pasan por lugares no tangibles, porque no se los puede ver ni se los pesan en la balanza, porque muchas veces desde la medicina convencional (tal vez más estructurada) no se sabe cómo tratarlos. Por un lado, los embarazos que transitan estas esferas son los que atendemos en musicoterapia focal obstétrica, y por el otro, debemos considerar como víctima principal de este defasaje al vínculo madre-hijo.

No es víctima la madre ni el bebé, sino la relación que ellos tengan. El no transitar por estas cuatro

esferas, o bien reprimir alguna de ellas, no implica no ser una buena madre, o escatimar el amor que uno pueda transmitirle a su hijo, sino que tiene que ver con cómo impacta en la relación todo aquello que debía ser elaborado de alguna forma.

Cuando se está gestando un bebé, son muchas las cosas que se proyectan en él, pero la mayoría tienen que ver con la propia historia de la futura mamá o futuro papá, lo que se llama maternaje, y por ello es de suma importancia contar con un lugar donde se puedan establecer y elaborar las diferencias que existen entre ese hijo fantaseado y ese hijo real que está cobrando vida dentro del vientre.

Musicoterapia

Cuando hablamos de musicoterapia el fin nunca es buscar la estética musical. Lo que se persigue es que esa experiencia musical ayude a entender lo que nos está pasando y mejorarlo dentro de las posibilidades. Así como los psicólogos utilizan la palabra, los musicoterapeutas usamos la experiencia musical.

La musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza los elementos de la música como medio para facilitar diferentes procesos de salud en las personas. Estos procesos pueden ser terapéuticos, de rehabilitación, de carácter didáctico, o bien preventivo.

En musicoterapia también se aplican sonidos y músicas, incluyendo silencios y ruidos, que se van combinando con intervenciones terapéuticas y reeducativas, mediante diferentes técnicas musicales, corporales y específicamente sonoras.

Esta disciplina de más de 50 años de historia en el mundo, tiene métodos y técnicas muy específicas, la musicoterapia focal obstétrica es una de ellas.

MTFO. Musicoterapia Focal Obstétrica

El primer concepto a tener en cuenta es el nombre de la metodología. Se la denominó Musicoterapia Focal Obstétrica (MTFO) por dos puntos principales: el primero es por la duración tan breve de los tratamientos, y el segundo por el concepto de foco, tomado del doctor Hector Fiorini, quien desarrolló dentro de las psicoterapias breves, este tipo de terapéutica.

La presencia del deseo y de los vínculos es muy significativa en el espacio musicoterapéutico, y más aún en el embarazo. En las sesiones de musicoterapia focal, la embarazada expresa y recibe, canalizando por medio de la música y los sonidos, un caudal emocional sobre el cual se establece el espacio donde transcurrirá su tratamiento.

Así, la música se transforma en el puente que le permite vincularse con su bebé antes del nacimiento, lo que la lleva a disfrutar más de su embarazo, a la vez que puede elaborar los diferentes aspectos que, de manera conciente o inconciente ejercen cierta influencia en el mismo.

El concepto de musicoterapia focal en embarazo es algo que surge a partir de mi experiencia clínica. La brevedad del tratamiento, tan sólo unos meses, se da porque la atención en esta propuesta se brinda solamente durante el período de gestación.

Las pacientes llegan aproximadamente ente las 15 y 21 semanas de embarazo, por lo cual contamos solamente con unas 16 semanas hasta la fecha probable de parto para trabajar en profundidad. Así fue que el requerimiento de un modelo atencional con estas características, dio lugar al tratamiento focal.

En la MFTO es considerado el período de la búsqueda del bebé, el embarazo, y una vez que nace, según las necesidades del bebé o de la mamá, evaluaremos la continuidad de algún tipo de tratamiento adecuado de ser requerido, en función del cual, abordaremos desde algún postulado que pueda ser focal o no, y coexisten tres áreas principales sobre las que se trabaja. Ellas son:

Primero: *El vínculo con el que va a nacer.*

Segundo: *El bienestar de la futura mamá.*

Tercero: *El propio bebé en gestación.*

Cada una de estas áreas principales tiene a su vez una serie de puntos que son tenidos en cuenta en nuestros tratamientos. Por ejemplo cuando hablamos del vínculo, no sólo pensamos en la mamá y en su bebé, sino que también consideramos al padre, considerando la pareja en su totalidad. Creo que el incluir a los principales involucrados del hecho es algo que va a mejorar las relaciones intrafamiliares.

En relación a la futura mamá, tenemos en cuenta sus sensaciones, emociones, fantasías, ansiedades, miedos, ilusiones, características obstétricas de su embarazo, lo que le permitirá vivir esta etapa con menos angustia y ansiedad.

Y por último, en relación con el bebé por nacer, tenemos en cuenta cómo es su desarrollo auditivo, cómo le llegan los sonidos, cómo podemos estimularlo para que reconozca una melodía inclusive antes de nacer, de qué manera se puede reducir el impacto sonoro ambiental y el stress que le genera su propio nacimiento.

Audición fetal

Dentro del vientre materno existe una atmósfera sonora en la cual el bebé por nacer está inmerso las 24 hs. Los sonidos que la crean son los ruidos biológicos del latido cardíaco de la madre, la

respiración, la circulación de la sangre a través de la placenta, que están todo el tiempo presentes. Los musculares, digestivos e inclusive la voz tienen mucha presencia pero no están presentes todo el tiempo.

A medida que el bebé crece en el útero, aumenta su audición y aun más cuando se pone en posición podálica (cabeza hacia abajo). De esta manera no solo captará los sonidos por su aparato auditivo, sino que además al estar en contacto su cabeza con los huesos de la cadera de su madre, la vibración sonora aumenta, generándole una recepción mayor de sonidos. Pero cuando hablo de sonidos me refiero a determinados tipos de instrumentos, que tienen sus frecuencias por debajo de las frecuencias que hay en esa atmósfera y el bebé los puede percibir. Esas frecuencias provocan una vibración lo cual está diciendo algo al bebé pero quizás auditivamente no los puede captar. Hay otras que las capta auditivamente y no las puede recibir por vibración.

Podríamos decir entonces que el bebé escucha por dos vías: la auditiva y la sensitiva. Pero existe un elemento que deberemos tener en cuenta, lo que la madre siente al escuchar la música. Cuando ella está disfrutando de una melodía, su bebé recibe información a través de la sangre que le llega por el cordón. Hormonas de placer son la sustancia natural que hace que el bebé relacione la experiencia musical de lo que su madre siente con lo que escucha y percibe en el mismo momento. Por lo tanto si esta experiencia placentera se repite el bebé se acostumbrará a esta sensación, la cual creará un hábito en el y que podrá ser utilizado una vez que nace para ayudar a la nueva familia a organizarse mejor. Saber que músicas calmaban a su bebé antes de nacer y cuales lo excitaban generándole movimientos es una herramienta importante a tener en cuenta a la hora de descifrar las necesidades del pequeño.

Al reconocer una música el bebé sentirá mayor seguridad, tendrá una referencia sonora de algo conocido. Por ejemplo Si en el momento mismo del nacimiento ponemos una fuente sonora hacia un lado de donde él está, el bebé va a girar la cabeza buscando la música, va a tener variaciones fisiológicas, como por ejemplo modificar el ritmo de su respiración, se le van a dilatar las pupilas, estirará sus dedos como si fuera a agarrar, esto quiere decir que su sistema neurovegetativo está activado y en funcionamiento ya que responde porque lo que está sonando es conocido y le produce excitación.

Para corroborar esta experiencia, hemos evaluado las respuestas fetales mediante un ecógrafo de 4D (cuatro dimensiones), lo que nos permitió apreciar las respuestas de los bebés por nacer en el momento del estímulo. En las ecografías podemos medir la repercusión de las diferentes melodías, por ejemplo cuando esta es reconocida, los bebés se quedan tranquilos como si se acomodaran para escuchar, además de que su frecuencia cardíaca aumenta entre un 15 y 20 por ciento.

Cuatro esferas del embarazo

Como decía en la introducción este concepto plantea que el embarazo se vive simultáneamente en cuatro esferas, la física, la mental, la emocional y la espiritual, y que, ante la presencia de algún defasaje entre ellas, debemos como terapeutas trabajar para nivelarlas, para que la vivencia de la gestación sea totalmente equilibrada.

Sabemos que es el médico obstetra quien se ocupa del embarazo físico, pero también sabemos que por lo general no se suele considerar como importantes a los otros embarazos paralelos, invisibles, que se suceden de manera simultánea al embarazo físico.

Los mismos no se consideran porque pasan por lugares no tangibles, porque no se los puede ver, porque muchas veces desde la medicina convencional (estructurada) no se sabe cómo tratarlos. Los embarazos de estas esferas son los que atendemos en musicoterapia focal obstétrica.

Por otro lado, considero como víctima principal de este defasaje al *vínculo madre-hijo*. No es víctima la madre ni el bebé, sino la relación que ellos tengan o vayan a generar. El no transitar por estas cuatro esferas, o bien reprimir alguna de ellas no tiene nada que ver con ser o no una buena madre, ni con el amor que uno pueda transmitirle a su hijo, sino con cómo impacta en la relación todo aquello que debía ser elaborado de alguna forma.

Cuando se está gestando un bebé son muchas las cosas que se proyectan en él, pero muchas de ellas tienen que ver con la propia historia de la futura mamá o del futuro papá, y por eso es de suma importancia contar con un lugar donde se puedan establecer y elaborar las diferencias que existen entre ese hijo fantaseado y ese hijo real que está cobrando vida dentro del vientre. Hay veces que cuando esto no se considera, nos encontramos con bebés que, metafóricamente hablando, pesan cien kilos en lugar de los dos y medio o tres normales que tiene al nacer. También hay veces que dentro del vientre se lo envuelve en una especie de coraza, que no es otra cosa que el miedo a lo que vendrá, que no permite el contacto, por lo que hay que liberar el camino para que se produzca el deseado encuentro.

Sucede muchas veces que mujeres que ya cumplieron los nueve meses y han parido, están aún embarazadas mentalmente, y esto impacta en el vínculo que se genera con su bebé, manifestándose situaciones donde, por ejemplo, la tolerancia de la mamá es baja ante la demanda de su bebé, y da como resultado una lactancia artificial en lugar de una natural.

Quizás el nivel de stress que genera tener un recién nacido en la casa sea tan alto que favorezca un estado depresivo importante. Inclusive antes del nacimiento existen casos donde la embarazada no puede imaginarse a su bebé, porque está simbólicamente cubierto por algo oscuro, y esto no es más que aquello que está en su mente, producto de su propia historia. Por esta y por muchas otras situaciones que están ejerciendo presiones negativamente, es que planteo la posibilidad de trabajar las diferentes esferas del embarazo. Esto sin duda ayudará a que los brazos

que sostengan al bebé una vez nacido, sean más firmes y seguros, y no me refiero a la fuerza física. Un bebé que fue esperado y al que se le ha hablado durante su gestación, desde algún lado se sabe esperado, y de seguro tendrá más ganas de nacer, que aquél al que lo aguardan unas manos inseguras y temblorosas. Este trabajo aliviará el impacto en el vínculo y favorecerá un espacio para que el mismo se desarrolle de la mejor manera posible.

Sobre el concepto de humanizar el embarazo y humanizar el nacimiento están las bases de la MTFO. Si se le brinda a la futura mamá el espacio adecuado para que elabore la gestación desde todas las esferas, esto estará siendo considerado y así alcanzaremos nuestro principal objetivo, que es mejorar la calidad de vida de la nueva familia y de la recepción del recién nacido.

La música en el embarazo

La musicoterapia se puede implementar en cualquier etapa del embarazo; no hay que esperar que el bebé *pueda oír*, ya que se apunta a trabajar el vínculo madre-hijo. Nuestro objetivo con el paciente sería la relación entre la mamá, el papá y el bebé que está llegando, sin importarnos cual sea el estilo de música que a los padres le guste. No existe una receta musical. Así como hay mamás que tienen gustos musicales orientados hacia un estilo y otras hacia otros; no hay una música que haga bien o mal.

Estamos hablando de que la música es lo que ayuda a crear un espacio, podríamos decir invisible, que se construye antes del nacimiento del bebé y que perdura en el tiempo.

Ese lugar donde las relaciones entre madres e hijos se afinan igual que un instrumento para que suenen bien armónicas. Es el lugar donde se decodifican las necesidades del bebé, donde se construye la mater-paternidad. Es el este espacio o terreno donde se construirán los cimientos para la vida futura del hijo por venir, donde la música se convierte en las herramientas y los materiales a utilizar y los padres no son ni más ni menos que los arquitectos, albañiles y directores de la obra.

Referencias bibliográficas

- Allison, Dianne MT, (1991): *Music Therapy at Childbirth* en Kenneth E. Bruscia *Case Studies in Music Therapy*, Barcelona Publishers, case 25, paginas 530-546
- Betés de Toro M, compilador (2000): *Fundamentos de la Musicoterapia* Madrid. Ed. Morata. 1ra edicion.
- Blum Thomas, (1993): *Prenatal perception, learning and bonding*, London. Leonardo Publishers. 1st edition.
- Bleichmar Silvia, (1984) *En los orígenes del sujeto psíquico*. Amorrortu editores, Bs As
- (1993) *La fundación de lo inconciente*. Amorrortu editores, Bs As
- Browning, Caryl Ann; (2002) *Music Therapy-Assisted Childbirth: Research in Practice*; 10th World Congress of Music Therapy, Oxford, England,

- Bruschia Kenneth, (1999) *Modelos de improvisación en musicoterapia*. ed. Agruparte, Victoria- Gasteiz
- Campbell Don, (2001) *El efecto Mozart para niños*. ed Urano Barcelona
- Chamberlain David, (2002) *La mente del recién nacido* ed. Ob Stare, España
- Clark, Michael E.; (1986) *Music Therapy-Assisted Childbirth: A practical guide*; Music Therapy Perspectives, vol.3, USA.
- Clark, Michael E.; McCorkle, Ronald R.; Williams, Sterling B.; (1981) *Music Therapy Assisted-Childbirth, Labor and Delivery*; Journal of Music Therapy, XVIII, (2)
- Curtis, Sofia; (2002) "The clinical use of the song with Music Therapy in Pregnancy"; 10th World Congress of Music Therapy, Oxford, England.
- Defey Denise, (1995) comp. de serie "Mujer y maternidad" ed. Roca Viva, Montevideo Uruguay
- Deliege & Sloboda, (1996) *Músical beginnings*, edit.Oxford, New York
- (1997) *Perception & cognition of music* Psychology Press, England
- Di Camillo Mary, "Music Therapy assisted childbirth: a case study of an emergency high-risk pre term delivery due to pregnancy induced hypertension." IMSPD V12,N 2
- Federico Gabriel F, (2000) "El embarazo musical. Comunicación estimulación y vínculo prenatal a través de la música" ed. Kier Buenos Aires
- Federico Gabriel F, (2001) *La música como organizadora desde el vientre materno*, Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia, Montevideo Uruguay
- Federico Gabriel F,(2002) *Fetal responses to a musical stimulation* 10Th World Congress of Music Therapy, Oxford England
- Federico Gabriel F, (2003) *Música Prenatal* ed. Kier Buenos Aires
- Federico Gabriel F,(2004) *Melodías para el bebé antes de nacer* ed. Kier Bs. As.
- Federico Gabriel F. & Whitwell Giselle, "Music Therapy and Pregnancy" Journal of Pre and Perinatal Psychology and Health, 15 (4) USA 2001.
- Gonzalez Carlos,(1989) *The Music Therapy-Assisted childbirth program*, Journal of Pre and Perinatal Psychology and Health, 4 (2) USA
- Ferrari Gabriella, (1999) *Meditaciones para realizar durante el embarazo* ed. Oniro, Barcelona
- Fridman Ruth, (1988) *El nacimiento de la inteligencia musical*, edit. Guadalupe, Bs.As.
- Fridman Ruth (1974) *Los comienzos de la conducta musical*, edit. Paidos, Bs.As.
- Goldman Jonathan, (1996) *Sonidos que sanan*, Luciérnaga, Barcelona
- Janov Artur, (2001) *La biología del amor* ed. Apostrofe Barcelona
- Janus Ludwig, (1996) *El nacimiento del alma*, ed Herder Barcelona
- Lerner Emmer Laura, (1996) *Guagatear o cómo recibimos a los recién nacidos* ed Errepar, Bs. As
- Lebovici Serge, (1989) *La psicopatología del bebé Siglo XXI* edit. México
- Macfarlane Aidan, (1985) *Psicología del nacimiento* ed Morata, Madrid
- McKinney, Cathy H.(1990) *Music Therapy in obstetrics: A review*, AMTA American Association of Music Therapy.
- Madaule Paul, (1998) *Escuchar, despertar a la vida* edit. Patria, México
- Moch Annie "Los efectos nocivos del ruido. Desde la vida fetal a la adolescencia" ed Planeta Barcelona 1986.
- Odent Michel, "Nacimiento Renacido", edit.Errepar,Bs.As. 1985., "La certificación del amor", ed Creavida. Bs. As. 2001.
- "El bebé es un mamífero", ed. Mandala Madrid 1990.
- Panthuraamphron Chairat, "Prenatal Infant Stimulation Program", Journal of Pre and Perinatal Psychology and Health, 12 (3-4)1998.
- Poch Blasco Serafina, "Compendio de musicoterapia" ed. Herder Barcelona 1999.
- Rascovsky Arnaldo, "El psiquismo fetal", paidos Bs.As. 1977.
- "Conocimiento del hijo" edic. Orion Bs.As.1982.
- Rosfelter Pascale, "Nacimiento de una madre", ed. Nueva Visión Bs.As. 1992.
- Schaffer R, "Ser madre"ed. Morata, Madrid 1977.
- Shetler Donald "Response of the prenatal infant to musical stimule : a report of the Eastman Project 1980-1986.
- Standley & Prickett edit, "Research in Music Therapy: a tradition of excellence. 1964/1993" ed. NAMT Allen Press USA 1994.
- Stern Daniel, "La primera relación madre hijo" Ed. Morata, Madrid 1981 "la constelación maternal" Ed. Paidos, Madrid 1986
- Storr Anthony, "La música y la mente", Paidos, Madrid 2002.
- Taylor Dale, "Biomedichal foundations of music as therapy", MMB music USA 1997
- Timothy Gilmore,"The Tomatis method and the genesis of listening", Journal of Pre and Perinatal Psychology and Health, 4 (1)1989.
- Tomatis Alfred,"El oído y el lenguaje", edit. Orbis, Barcelona, 1987.
- "Nueve meses en el paraíso", ed. Bibliaria, Barcelona 1996.
- Verny Thomas, "El vinculo afectivo con el que va a nacer" edit. Urano, Barcelona,1991.
- "La vida secreta del niño antes de nacer" ed. Urano, Barcelona, 1981.
- "El futuro bebé" ed Urano, Barcelona, 2002

MUSICOTERAPIA: PENSANDO EN SU OBJETO DE ESTUDIO

Amelia Ferraggina

E-mail: ameliaf@fibertel.com.ar

*... Pensar no es una actividad ordenada,
no sigue un plan establecido,
no implica necesariamente un procedimiento prolijo
y rara vez es políticamente correcto,
porque pensar es cambiar de ideas.
(Denise Najmanovich)*

Introducción

Durante muchos años de desarrollo de la Musicoterapia en nuestro país, paulatinamente los distintos autores argentinos y al mismo tiempo, de otros países, han intentado crear un cuerpo propio de la teoría, señalando algunos la característica interdisciplinaria del conjunto de saberes y otros la necesidad imperiosa de construir un cuerpo propio de conocimientos que posicionara a la disciplina como disciplina independiente subrayando sus bases científicas.

Por otro lado, algunos han señalado la imposibilidad de definir el propio campo por las características multidimensionales y polisémicas de los términos música y terapia. Estas distintas maneras de ubicar la disciplina han llevado a instalar la necesidad del debate epistemológico en busca de la identidad de la Musicoterapia en los distintos países dando por resultado algunos importantes desarrollos a los que este ensayo solo quiere aportar la propia mirada y la pretensión de profundizar el campo de indagación hacia la definición del objeto de estudio de la Musicoterapia, e instalar el tema en la comunidad de profesionales de la Argentina, teniendo en cuenta que el objeto de estudio es un objeto conceptual y no la suma de los temas y problemas que cada ciencia o disciplina trata de resolver y que en la medida en que este tema sea abordado bajo diversas miradas, será posible aunar ideas y lograr acuerdos conceptuales.

Las distintas respuestas que se pueden encontrar, deben inscribirse y vincularse con los contextos socioculturales e históricos que nos envuelven en nuestros días y que se ubican en la postura contemporánea del reconocimiento de la complejidad en las ciencias y el arte.

Edgar Morin ha explicado que en la complejidad no se trata de buscar el conocimiento general ni la teoría unitaria sino de encontrar un método que detecte las ligazones, las articulaciones y que... "la ambición del pensamiento complejo es rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios, pero también... la complejidad integra en sí misma todo aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento"...

Esto implica un principio organizador de los saberes que asocie las descripciones de los objetos de conocimiento con las de otras descripciones pero, para esto, se necesita otorgar la misma fuerza a la articulación y a la integración como a la oposición y a la distinción.

Delimitar los objetos de conocimiento produce considerar a las disciplinas, en este caso a la musicoterapia, como campo particular en el cual se producen actividades de conocimiento que persiguen configurar modelos explicativos de los fenómenos. Poder explicar significa examinar, cercar la acción y el pensamiento para poder dar cuenta del posicionamiento de las estrategias del musicoterapeuta para llevar a cabo su desempeño y para mostrar su rol, un rol rico en matices y abordajes originales en muchos casos. En la interdisciplinaria insoslayable en el campo de la salud, la real dificultad es poder practicarla dentro de los límites de las propias explicaciones y de las del resto sobre un mismo fenómeno y uno de los ejes sustanciales que fundan la autonomía en los campos del saber es el reconocimiento particular y único del objeto de estudio, el cual a su vez permite construir las líneas de investigación propias. Es necesario poder definir con claridad el ámbito objetual de cada disciplina dado que lo que confiere

identidad a una ciencia es la diferenciación de su O. de E. y esto permite alcanzar una conquista científica altamente apreciada: los conceptos específicos.

En *La formación del nuevo espíritu científico (1938)*, obra que conserva su vigencia, Gastón Bachelard pone de manifiesto el objeto de la epistemología como un sistema articulado de las prácticas de las disciplinas, es decir, como un conjunto de relaciones de producción de conceptos, normas y verdades que las definen.

La Ciencia. El objeto de estudio

Mario Bunge señala que *"la ciencia es una construcción del hombre, productora de nuevas ideas a través de la investigación científica y es ese cuerpo de ideas que puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, verificable y por consiguiente, falible"*.

En las ciencias formales o ideales, como la lógica y la matemática, sus objetos no son cosas ni procesos, sino formas, moldes de pensamiento en los que se puede configurar un ilimitado número de contenidos.

Las ciencias fácticas o materiales son las que tienen en cuenta el objeto o tema de las respectivas disciplinas y los enunciados de las ciencias fácticas se refieren a sucesos y a procesos que pueden ser observables y sujetos a experimento para confirmar o desestimar sus conjeturas como producto de la discusión de sus presupuestos.

"La ciencia es la actividad humana creativa cuyo objetivo es la comprensión de la naturaleza y cuyo producto es el conocimiento obtenido por medio de un método científico organizado deductivamente y que aspira a alcanzar el mayor consenso entre la comunidad técnicamente capacitada." (Pérez Tamayo, 2010.)

El Objeto de Estudio (O. de E) se define como: *la materia o asunto de que se ocupa una ciencia o disciplina.*

Según el diccionario de la Real Academia Española objeto es *todo lo que puede ser materia de conocimiento o sensibilidad de parte del sujeto, incluso el mismo sujeto y se agrega que es el fin o intento a que se dirige o encamina una acción u operación.*

Es interesante la etimología de la palabra objeto: su construcción contiene dos partes: por un lado la partícula *Ob* (que significa obstáculo) y el verbo latino *iacio, iacis*: arrojar, lanzar de sí... *"Es lo que se pone delante de nosotros, lo que obstruye nuestro camino de manera que siempre nos damos de*

cara con él." (Diccionario de sinónimos castellanos. Roque Barcia)

La palabra estudio refiere... *al esfuerzo que pone el entendimiento aplicándose a conocer algo para dilucidar una cuestión.* (Diccionario RAE)

Buscar el objeto de estudio de las disciplinas pues, es una actividad de conocimiento y esfuerzo consciente aplicada a comprender el asunto central de que ellas se ocupan y delimitar el objeto propio conduce a otorgar el pleno estatus profesional y, preguntarse por el principio organizador de las acciones, convoca a reflexionar la profesión.

Sin duda, las dos bases principales para la especialización de una profesión son, por un lado *el campo sustantivo de conocimiento*, como lo denomina Wilbert Moore, el cual el especialista deberá dominar y por otro *las técnicas o instrumento de producción y aplicación de los conocimientos en los que se desarrollan esos dominios.*

En relación a la Musicoterapia, pensar en su O. de E. refuerza su categorización como disciplina científica, que hasta el momento le ha sido adjudicada en varios escritos y definiciones de una manera a veces movida por la intención loable de acreditar la científicidad pero sin profundizar demasiado en los elementos que convierten en científica a una disciplina..

El problema

La preocupación que me he planteado en innumerable ocasiones después de escuchar o leer distintos trabajos sobre Musicoterapia, los cuales daban cuenta de las distintas orientaciones que se van delineando en la disciplina, ha sido siempre la inquietud de que todas las propuestas deberían coincidir en un punto y ese punto estaría dado por la convergencia hacia el objeto de estudio general que pretende justamente generalizar la especificidad del dominio de la musicoterapia

¿Qué estudia la MT?

¿Cuál es su propósito?

¿De qué trata la Musicoterapia?

¿Cuáles son sus herramientas?

¿Cuales son sus dominios?

¿Cuáles son sus acciones?

En realidad, parecen preguntas de respuesta obvia y casi inconsistente entre profesionales de esta disciplina.

Sin embargo es recomendable entender, a partir de lo que los musicoterapeutas hacen y de los temas que estudian, el modo de pensar, el modo de decir, el modo de hacer, cuál es el

interés central que mueve las acciones, las propuestas los métodos y abordajes, los desarrollos teóricos es decir, cual es su visión única y pertinente de los campos en los que se desenvuelve. Es la disciplina la que construye su objeto de estudio, el cual necesita ser sometido a una vigilancia epistemológica para actualizar sus teorías, métodos y técnicas, ya que todos los campos de indagación se deben a su historia y a los desarrollos del pensamiento humano en cada campo.

La búsqueda del O de E de la musicoterapia lo más precisamente posible intenta construir una respuesta coherente a la preguntas que acabamos de formular.

Cuando se investiga sobre el tema se verifica que hay objetos de estudio que son compartidos por varias disciplinas pero en cada una de ellas, el O de E. es a su vez definido por lo propio, es decir por el campo de acción que refiere a:

Los **dominios** (los ámbitos de una actividad) y a la **pertinencia** (lo que pertenece, lo conducente al campo)

Dentro de una disciplina pueden coexistir variables en los objetos de estudio en relación a los distintos ámbitos de aplicación, pero entendemos que todos deben desprenderse de una explicación general de ese determinado campo de conocimiento.

El objeto de estudio es un constructo de exclusiva responsabilidad del sujeto que lo define, es decir es una construcción teórica para resolver un problema determinado que se plantea desde el saber científico, el sujeto construye el objeto que desea conocer, generalizando. No se puede pensar en el objeto sin el sujeto que se pregunta acerca de los fenómenos que lo inquietan.

Los objetos de estudio en la ciencia, en tanto son desarrollos conceptuales, pueden ser compartidos por varias disciplinas, por ejemplo, las ciencias de la comunicación se encargan de estudiar la esencia de los procesos de comunicación como fenómenos en sí mismos, pero distinguen la comunicación tecnificada de la comunicación dialógica y dentro de cada tipo, los medios que se emplean, los símbolos que construyen la comunicación, generando la construcción de los propios métodos y los particulares objetos de estudio y de las herramientas de análisis. También la lingüística hoy está proponiendo la re configuración y plantea que además del lenguaje, es la lengua el centro del su O. de E.

Las ciencias sociales se ocupan de aspectos del comportamiento y actividades de los seres humanos no estudiadas en las ciencias naturales, es decir que su objeto de estudio es la acción humana que implique una interacción social

La biología tiene como objeto de estudio a los seres vivos.

La psicología tiene como objeto de estudio el comportamiento humano. De la misma forma también lo estudian la antropología, la economía, pero si se postula que la psicología estudia los comportamientos humanos relacionados con la salud humana, estamos delimitando sus características esenciales que permiten distinguirla de las demás. También algunos autores concluyen que la psicología tiene por objeto de estudio la influencia del comportamiento en la salud humana.

Disciplinas como la Kinesiología, la Fisiatría, la Terapia Física postulan que su O. de E. es el movimiento, y su implicancia en la salud, su prevención, tratamiento y recuperación.

La Fonoaudiología, la Logopedia, la Terapia del lenguaje (en su denominación en España y EE UU) tienen como objeto de estudio la comunicación humana y su manifestación en trastornos de la voz, la audición y el lenguaje. El objeto de estudio de la Salud Pública, es decir las condiciones de salud y bienestar de los colectivos poblacionales, es distinto del objeto de estudio de la Medicina., para la cual son las enfermedades, su causa, tratamiento y prevención el centro de su O de E.

Las definiciones

Para poder llegar a alguna aproximación al tema del O.de E. de la Musicoterapia como actividad de conocimiento, un camino posible a recorrer es realizar un análisis (incompleto) de los conceptos que se han empleado en algunas de las distintas definiciones de Musicoterapia los cuales intentan responder a los interrogantes que antes nos planteábamos si los agrupamos bajo sus coincidencias.

El propósito u objetivo

... producir cambios

... cumplir objetivos terapéuticos,

... restablecer funciones,

... proteger y promover la salud,

...favorecer la expresión individual y grupal

...desplegar experiencias interactivas.

... favorecer una mejor calidad de vida

Estas son solo algunas de las expresiones detectadas al estudiar las definiciones que

ponen el foco en el objetivo macro de restablecer la salud, favorecer experiencias creativas e interactivas en las personas, no importa en este análisis cual sea la gravedad del estado de salud a restablecer.

Las herramientas

... el sonido

... el sonido y la música

... la música y el cuerpo

...las experiencias musicales relevantes de la cultura

Las acciones

...a través de interacciones individuo-música-sonido

...a través de favorecer experiencias con el sonido y la música

...a través de interacciones musicoterapeuta e individuo mediadas por el sonido y la música

...a través de acciones que promueven la recepción, la ejecución, la creación y el goce estético al operar con el sonido y la música

De los conceptos anteriores cabe ahora preguntarse cuál es núcleo de observación que centra la práctica

¿Es la música o las producciones sonoras producidas?

¿Son las relaciones?

¿Los distintos tipos de interacciones?

¿Es la calidad de la música utilizada?

Estos contenidos, que toma en cuenta la musicoterapia, parecen también ser el foco de otras disciplinas como la psicología de la música, la teoría de la música, la musicología, la psicología, la sociología.

Frecuentemente aparece la palabra **proceso** en distintas combinaciones y se mencionan:

...procesos perceptuales y emocionales

...estimular nuevos procesos de pensamiento

...proceso terapéutico activo

...procesos no verbales....

...procesos interactivos.

Los procesos son los conjuntos de fases sucesivas temporalmente ordenadas de acaecimientos tal que cada miembro de la secuencia toma parte en la determinación del miembro siguiente (Bunge. 1992)

Sin embargo no parece tarea fácil precisar los procesos presentes en el tejido de acontecimientos que se desarrollan en una sesión de musicoterapia. Sin duda es una actividad de la ciencia formular hipotéticamente los procesos presentes pero las conclusiones pueden ser diferentes como resultado de observadores diferentes aunque estos empleen iguales métodos de observación.

Cabe entonces preguntarse nuevamente, si, además de los aspectos citados aparece en los ámbitos de la actividad de la Musicoterapia un principio más general que pueda formalizarse finalmente como su objeto de estudio, teniendo en cuenta que este debe ser lo más *abarcativo* posible pero a su vez lo más *distintivo* posible.

Si, como la clínica de la disciplina lo ha demostrado en distintas investigaciones y evidencias, una de sus principales aseveraciones se refiere a la comprobación de que los instrumentos metodológicos y conocimientos de la musicoterapia funcionan como puerta de entrada hacia los universos acústicos propios de las personas promoviendo distintos niveles de participación para organizar eventos sonoros, los cuales se constituyen en prácticas terapéuticas que posibilitan compensar, reparar y rehabilitar funciones, se podría arriesgar la siguiente definición del O. de E. de la Musicoterapia:

La Musicoterapia tiene como objeto de estudio la capacidad musical básica universal del ser humano conservada en cualquier condición de salud que le permite al individuo organizar experiencias con el sonido y la música. Esta capacidad básica se expresa en variados niveles de participación (recepción, creación, reproducción, interpretación, improvisación) y se desarrolla y estructura en cada ser humano sobre procesos biológicos, psicológicos, neuropsicológicos, sociales y culturales. El campo de dominio de la Musicoterapia, siendo preponderantemente interactivo, permite abordar aspectos afectivos, cognitivos, expresivos y de acción para reparar, proveer, posibilitar y facilitar un funcionamiento saludable de las personas.

Este ensayo de propuesta acerca del objeto de estudio de la Musicoterapia pretende ser lo más general posible para construir una especie de *paraguas conceptual* bajo el cual se desarrollen las distintas líneas de pensamiento de la disciplina.

Referencias bibliográficas

BACHELARGASTÓN, *La formación del espíritu científico* en: *Lecturas de Epistemología*, capítulo XIII. Cátedra de Epistemología, Fac. de Psicología. Univ. Nac. de Rosario. Edit Laborde, 2009.

- BARCIA ROQUE, *Sinónimos Castellanos*. Edit. Sopena. Argentina, Buenos Aires, 1958.
- BLACKING JOHN, *How Musical is Man?* University of Washington Press. Seattle and London, 1995.
- BUNGE MARIO. *La investigación Científica. Su estrategia y su filosofía*. Edit. Ariel Barcelona. 1979.
- XII CONGRESO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, *Actas*. Edit. Acadia. 2008
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA., *Real Academia Española*, Vigésima Primera Edición. Edit. Espasa Calpe, Madrid, 1994
- FERNÁNDEZ SOBRADO JOSÉ MARÍA, *La búsqueda del objeto* Revista Española de Investigaciones Sociológicas REIS núm. 67 1994. Disponible en www.reisdialnet.es.
- FRIED SCHNITMAN DORA (Comp.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Edit. Piados, Buenos Aires 1998
- GONZALEZ DOMINGUEZ CARLOS, *Las ciencias de la información y de la Comunicación*. Ciencia Ergo SUM. Vol. 17, número 2, julio a octubre. Univ. Autónoma de México. 2010.
- LECTURAS DE EPISTEMOLOGÍA, *Cátedra de epistemología*, Capítulo XIII, Bachelard, Gastón. la formación del Espíritu científico Facultad de Psicología .Universidad Nac. de Rosario. Edit. Laborde, 2009.
- MORIN EDGAR, *Introducción al pensamiento complejo*. Prólogo. 1990 Documento de bibliografía, Curso de posgrado: Narrativa en Salud. Htal. Italiano 2010.
- MOORE WILBERT, *The Professions*. Russel Sage Foundation .Nueva York. 1970.
- OLIVE LEON, TAMAYO RUY PEREZ, *Temas de Ética y epistemología de la ciencia* Edit. Fondo de Cultura. México, 2011
- SABATELLA PATRICIA L., *Música ¿terapia? ¿Moda o realidad?* Revista Tavira Vol.16, Págs.113 a 127. 1999
- SCHON DONALD A., *El profesional reflexivo*. Edic. Paidós Ibérica. Barcelona .1998
- ZENOBIO SALDIVIA M. L, *Ciencia como objeto de estudio*. Revista de Aula de Letras, Humanidades y Enseñanza. Universidad Tecnológica Metropolitana. Santiago de Chile, 2006.

UNA VIEJA CANCIÓN PARA UN NUEVO SUJETO

Juan Martín Gimenez Moresco

Contacto: mtgimenezmoresco@gmail.com

Introducción

El presente trabajo constará de algunas de las experiencias realizadas a lo largo de un año, en diferentes geriátricos de la ciudad de Buenos Aires. En ellas se han realizado encuentros musicoterapéuticos con los diferentes grupos de cada institución. Al mencionar diferentes grupos de cada institución quiero referirme a que en las mismas existe una marcada diferencia que, generalmente se evidencia en dos grupos disímiles. Esta distinción estriba en el grado de deterioro de los residentes.

Para la realización del tratamiento se han utilizado como técnicas imperantes el trabajo con canciones y el uso selectivo de música editada, de acuerdo a los objetivos planteados en cada grupo.

En el desarrollo de este documento se presentarán algunas características de la población, los objetivos planteados y los métodos de utilización de las técnicas descriptas. Así mismo, y a modo de resultados, se mencionarán algunos ejemplos de las características de los residentes, al comenzar con los encuentros de musicoterapia, y las modificaciones que se han podido evidenciar a lo largo del tratamiento.

Adjunto a este trabajo el material recogido de las muestras de las producciones sonoras de dichos ejemplos.

Desarrollo

La población que acoge las residencias para adultos mayores, es muy heterogénea. Allí se encuentran residentes que padecen graves patologías, síndromes demenciales, gran deterioro físico y cognitivo, y en su minoría, personas que cursan una vejez sana y que se han autointernado. Dentro de estos grupos también nos encontramos con personas que pueden moverse por sus propios medios y otras que no, distintos grados de conexión con el entorno, diferentes niveles de deterioro cognitivo y personas que conservan un pensamiento organizado.

Por lo general, en las instituciones donde se realizó la experiencia, los residentes con mayor deterioro se encuentran en el primer

piso mientras que los que están más conservados en la planta baja, ya que éstos, en algunas ocasiones, salen con sus familiares. En algunos de estos edificios pueden encontrarse ascensores mientras que en otros no, por lo que muchas veces es difícil que los residentes se conozcan unos con otros entre los diferentes sectores. Es por eso que en la mayoría de las instituciones me manejo con dos grupos distintos cada vez que acudo. Por otro lado, dada la diferencia del estado de los residentes, las dinámicas de trabajo para cada sector o grupo son diferentes, y las técnicas a utilizar tienen según el caso, diferentes modalidades en el empleo de las mismas para una mayor efectividad de en la tarea conjunta y grupal y en los objetivos planteados.

Características de la población

Más allá del grado de deterioro que los residentes puedan padecer, la mayoría comparte características comunes que son de índole institucional pero repercuten en toda la persona.

- Los residentes, la mayor parte del día, permanecen sentados en el mismo lugar
- Muchos necesitan de un tercero para moverse, para ir al baño, para comer, para asearse, para vestirse
- Los residentes tienen que acatar las normas y horarios de las instituciones
- Son bañados periódicamente de acuerdo a los tiempos de la institución
- Las comidas generalmente son las mismas cada semana
- Las instituciones organizan las actividades en la que los residentes participan o no
- Tienen diferentes espacios como Musicoterapia, Terapia Ocupacional (en algunos casos), Gimnasia (en algunos casos). Así mismo tienen un ámbito para psicoterapia, en algunas ocasiones individual y otras grupal.

Estas características, si bien son obvias y muchas veces necesarias, esconden un trasfondo muy peculiar en la cual la mayoría de estas personas se ven envueltas: el no tener poder de decisión, el no poder decir, el estar o sentirse muchas veces postrado y de

necesitar a otro para realizar lo que uno desea, el no tener nada que hacer e infinidad de veces no encontrar como remediarlo, el tener que esperar y no poder realizar las cosas por sus propios medios y muchas veces no tener lugar para la queja.

Con el correr de las horas, los días y las semanas estas características se vuelven habituales, se tornan norma y se incorporan dejando, muchas veces, de lado a la persona que decide, que hace y que desea, dándole a este sujeto un lugar de objeto.

Todas estas características se ven aún más afianzadas de acuerdo al grado de deterioro que los residentes padezcan, ya que la dispersión y los diferentes niveles de demencia impiden que los adultos mayores tomen sus propias decisiones y se manejen de forma autónoma. Muchos de los residentes se encuentran amarrados para que no se caigan, se les quita de su alrededor objetos con los que se pueda lastimar. El deterioro cognitivo muchas veces es el cimiento para este tipo de modalidades que antes mencionara.

Objetivos

Para el desarrollo de los objetivos se han privilegiado dos aspectos, el psicológico y el aspecto cognitivo.

Aspecto Psicológico

- Dentro del aspecto psicológico los principales objetivos planteados fueron:
- Devolverle a los residentes el lugar de sujetos.
- Despertar el deseo de los residentes.
- Así mismo se han establecido metas más cercanas que posibiliten o favorezcan al logro de éstos.
- Crear y/o fortalecer redes vinculares
- La apropiación por parte de los residentes del espacio
- Favorecer al surgimiento de reminiscencias
- Facilitar la expresión de las emociones
- Ofrecen un espacio lúdico con una tarea.

Aspecto cognitivo

- Se han establecido desde este aspecto diferentes objetivos que se han desarrollado mayor medida en algunos grupos que en otros, dado la conservación o el deterioro cognitivo que los residentes han mostrado.
- Estimular el nivel de percepción
- Ejercitar y estimular los diferentes tipos de memoria
- Favorecer el enfoque de la atención
- Facilitar el ejercicio de gnosias y praxias

Musicoterapia

El encuadre

En la mayoría de las residencias el encuadre es básicamente el mismo, variando prioritariamente los elementos espacio y tiempo (horarios). En cuanto a la duración de los encuentros estos son de alrededor de 50 minutos, en cada grupo, una vez por semana. Con respecto a los espacios encontramos varias diferencias de acuerdo a las posibilidades que brinda el edificio. No olvidemos que muchos de los residentes no pueden moverse por sí solos y por otro lado muchas veces están sentados en el mismo lugar durante varias horas. Así mismo cuando estos no están en sus habitaciones, su lugar de encuentro es generalmente el estar o el comedor.

Es allí donde realizamos los encuentros de musicoterapia, ya que los residentes se encuentran dispuestos en ese lugar físico, debido a que en algunas instituciones los encuentros se realizan a la tarde luego de la merienda, mientras que en otros a la mañana antes del almuerzo.

En todos los primeros encuentros de cada institución el Mt. invitó a los residentes a presentarse en forma verbal y luego, desde un lugar musical, buscando una canción que quisieran para presentarse.

Técnicas y recursos

Como antes se mencionara las técnicas musicoterapéuticas primordialmente utilizadas han sido el trabajo con canciones, en sus diferentes modalidades³², y la escucha selectiva de música editada. Dentro de las modalidades del trabajo con canciones, las más utilizadas son:

- El canto conjunto
- Inducción evocativa consiente
- Inducción evocativa inconsciente
- Confeción de cancioneros
- El material viajero
- Dedicatoria
- Trama de canciones
- Creación
- Improvisación

Las modalidades de uso selectivo de la música editada son:

- Canto con música editada
- Audición de música editada: Audición que acompaña un momento. Audición que posibilita la escucha
- Edición personalizada

³² Schapira, Ferrari, Sánchez, Hugo. "Musicoterapia, Abordaje Plurimodal" Capítulo 6 Pág. 156

- Edición personalizada de improvisaciones Y creaciones de canciones en sesión

En cuanto a los recursos se encuentra el archivo del material editado, que va engrosándose a medida que surgen nuevas canciones en los grupos. Este archivo es utilizado, de acuerdo a los criterios de selección del material, en sus 3 ejes: desde los residentes, desde la música, como así también desde el musicoterapeuta³³. Para la reproducción del material editado, la mayoría de las instituciones ha brindado un equipo de música.

Así mismo, una herramienta empleada, es el grabador que favorece a la capitalización de las producciones sonoras de los residentes. Éstas, luego, son reproducidas para su escucha y con frecuencia son plasmadas en un CD que se utiliza como *material viajero*.

Otro elemento constante es la guitarra, instrumento armónico, con el cual intervengo para brindarme como sostén en el canto conjunto. Así mismo la guitarra es utilizada tanto para esa modalidad como para la estimulación senso-perceptiva de los residentes.

Cabe destacar que si bien los recursos que se han empleado posibilitan el entrecruzamiento de los diferentes aspectos, en cuanto a los objetivos establecidos, haremos distinción en ellos.

Utilización de Técnicas y Recursos desde el aspecto psicológico

Favoreciendo a la obtención de los objetivos del aspecto psicológico se ha determinado diferentes modos de utilizar a las técnicas y los ejes de intervención. Primariamente, en cada encuentro, se les pregunta a los residentes qué es lo que ellos quieren hacer, intentando favorecer la toma de su propia iniciativa. De este modo, los residentes deben conectarse con su propio deseo, pensar en la actividad que les gustaría realizar y poder ponerlo en palabras. Por supuesto que esta no es una tarea fácil de realizar para éstos cuando, en casi ningún momento y muchas veces durante mucho tiempo, nadie les ha hecho esta pregunta. Por otro lado, poder decidir muchas veces se les torna imposible. Así mismo se les interroga a cerca de si les gustaría que cantemos, escuchemos o si prefieren realizar algún juego musical (prefiero llamar así a alguna actividad relacionada con la música).

Del mismo modo, y en el sentido que los adultos mayores se apropien del espacio, el Mt. se ofrece a conseguir el material editado que los residentes soliciten. El hecho de decidir qué escuchar en los encuentros posibilita que éstos configuren el "espacio sonoro" evidenciando, de esta manera, un modo de darle a este "espacio" una impronta personal como grupo. Dice Leopoldo Salvarezza "... *nuestra conducta hacia los viejos, cualquiera sea el rol que ocupemos, será la de tratar que éstos se mantengan apegados a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible, y cuando no, tratar de encontrar sustitutos derivativos.*"³⁴

Una de las modalidades más utilizadas, como enunciaba, es el canto conjunto. En ella los residentes se ponen de acuerdo en la elección del tema a cantar. Esta tarea pareciera ser poco dificultosa pero en realidad no lo es. El Mt. intenta que los residentes debatan la elección de una canción, que puedan elegirla, que puedan defenderla y que puedan acordar con el otro y/o con el grupo qué hacer con ella. También se intenta encontrar opciones diferentes, a la imposición de una idea, de cómo poder resolverla. Luego junto al Mt. que en la mayoría de las oportunidades se brinda como sostén utilizando la guitarra, los residentes cantan en forma grupal. Algunas de las canciones posibilitan el surgimiento de otras y van consensuando, en esta *trama de canciones*, como incorporarlas.

En muchas oportunidades el Mt. intenta dirigir a los residentes a que asocien las letras de las canciones con sus deseos, fantasías, recuerdos, sentimientos y/o pensamientos. En muchas ocasiones los adultos mayores han recordado y les han contado a sus propios compañeros como era su casa de la infancia, con quienes vivía y con quienes jugaban, a qué jugaban, de sus salidas, de sus primeros novios y sus primeros besos, de cuando se casaron, de sus hijos, sus viajes, etc. De esta manera los residentes vuelven a vivenciar, a través de reminiscencias, sus historias de vida re-contrándose con su propia identidad. En este mismo sentido los relatos de las mismas favorecen a conocer, o a conocer aún más del compañero, propiciando nuevos modos de vincularse.

Utilizando la letra de las canciones, se les brinda a los usuarios la posibilidad de fantasear, de poner en palabras que les

³³ Schapira, Ferrari, Sánchez, Hugo. "Musicoterapia, Abordaje Plurimodal" Capítulo 7

³⁴ Leopoldo Salvarezza, "Psicogeriatría teórica y clínica", Pág. 26, Editorial Paidós, 2002

gustaría hacer o que se hiciera, qué les gustaría que pasara o qué les gustaría modificar de su propia realidad pasada, presente y futura.

También se utiliza la dedicatoria de canciones por parte de los residentes hacia alguno de sus compañeros o familiares, estén o no estén presentes, de acuerdo al caso.

En algunas oportunidades se han creado o improvisado canciones. De esta manera se trabaja y se impulsa la creatividad. Aquí los residentes le dan forma a sus pensamientos y emociones plasmándolas en un soporte matérico. En este soporte queda grabado lo que muchas veces estas personas callan, ya sea por no poder (ser capaz) de expresarlo, o bien por no tener el espacio y la escucha de otro para decir. Los residentes pueden, a través de esta modalidad, realizar una producción propia e inédita en forma conjunta, conectarse con sus sentimientos, consigo mismo y, a la vez, con los del compañero.

Utilización de Técnicas y Recursos desde el aspecto cognitivo

Durante el canto conjunto los residentes optan si cantar apoyados sobre la letra escrita o sin ella estimulando la memoria musical y semántica. Esto implica una doble tarea, la de cantar y la de seguir con la mirada la letra escrita. El Mt. suele preguntar a los residentes a cerca de la temática de la canción y algunos detalles que ésta posea (a quién nombra, donde transcurre la acción, etc.) estimulando, de esta manera, la memoria de corto plazo y evaluando la atención. Así mismo, luego de la escucha de algún material editado puede preguntarse qué instrumentos han reconocido, si logran descubrir que orquesta es la que estaba tocando, o el interprete, o el nombre de la canción.

La evocación de recuerdos espontáneos, a través de las canciones, es generalmente, la consecuencia de una intervención por parte del Mt. Este, conociendo los ME-R de los residentes, hace uso selectivo del material editado buscando una estimulación en el usuario. Esta modalidad de la técnica es muy utilizada en donde interviene la memoria de largo plazo, especialmente la memoria episódica y semántica. Como mencionara, muchas veces los residentes tienen reminiscencias espontáneamente, sin embargo otras son inducidas por el Mt. haciéndoles preguntas en relación a la letra

de la canción, tanto cantada como escuchada, con los propios eventos de su vida.

Dentro de lo que llamo juegos musicales, el reconocimiento de canciones sólo con la escucha de la melodía, o sólo con una sección de la letra, o sólo con la primera palabra o frase cantada o recitada involucra y pone en funcionamiento la memoria musical y la memoria semántica. Para ello igualmente se pone en ejercicio la senso-percepción.

El bingo musical es otro recurso, en donde los residentes mantienen la atención focalizada en una tarea que dura alrededor de 45 minutos. En esta actividad se entrega un cartón, en donde pueden encontrar una lista de canciones, un número que se corresponde a cada canción, y un casillero vacío en donde deben marcar, con un marcador, cada vez que suene una canción que ese cartón posea. El residente que posea la canción que está sonando debe anunciar a sus compañeros qué autor es, quien la canta y qué número se le corresponde a ese tema. Este juego-actividad permite la estimulación de gnosias y praxias

En el mismo sentido, se han utilizado actividades similares de reconocimiento a través de estímulos sonoros, tanto de la naturaleza como de sonidos cotidianos. Los residentes deben reconocer estos estímulos. Por otra parte en ocasiones deben reconocerlos en forma auditiva y relacionarlo en dibujos suministrados por el Mt. Esta actividad puede repetirse con posterioridad y realizar una comparación de los resultados. Por último el aprendizaje y memorización de canciones conocidas y nuevas para el grupo permiten ejercitar la memoria de corto plazo.

Algunos resultados

Caso H

H es una residente que supera los 90 años. Así mismo, H puede deambular y realizar tareas cotidianas por sus propios medios. En los primeros encuentros, por octubre del 2007, H mostraba una gran depresión, sin embargo participaba de los encuentros. H pertenece al grupo de abuelos con mayor deterioro y se encuentra en el primer piso de la institución.

En estos encuentros H participaba primordialmente desde un plano verbal. Generalmente sus comentarios rondaban en que ya no tenía qué hacer en este mundo, que ya era su hora y que estaba esperando el momento de su muerte sin entender por qué seguía viva. Mencionaba que siempre tenía

“achaques” nuevos en el cuerpo y que así no se podía vivir.

Participaba poco del canto conjunto ya que decía no andar bien de la garganta. Mencionaba también, no acordarse de las canciones hasta que en un momento, de forma espontánea, comenzó a cantar la canción “Adiós Muchachos” casi en su totalidad. Hacia el final de ese encuentro refiere acordarse más de la canción y cuenta la historia del tema.

Adiós muchachos

*Adiós, muchachos, compañeros de mi vida,
barra querida de aquellos tiempos.
Me toca a mí hoy emprender la retirada,
debo alejarme de mi buena muchachada.
Adiós, muchachos. Ya me voy y me resigno...
Contra el destino nadie la talla...
Se terminaron para mí todas las farras,
mi cuerpo enfermo no resiste más...*

*Acuden a mi mente
recuerdos de otros tiempos,
de los bellos momentos
que antaño disfruté
cerquita de mi madre,
santa viejita,
y de mi noviecita
que tanto idolatré...
¿Se acuerdan que era hermosa,
más bella que una diosa
y que ebrio yo de amor,
le di mi corazón,
mas el Señor, celoso
de sus encantos,
hundiéndome en el llanto
me la llevó?*

*Es Dios el juez supremo.
No hay quien se le resista.
Ya estoy acostumbrado
su ley a respetar,
pues mi vida deshizo
con sus mandatos
al robarme a mi madre
y a mi novia también.
Dos lágrimas sinceras
derramo en mi partida
por la barra querida
que nunca me olvidó
y al darles, mis amigos,
mi adiós postrero,
les doy con toda mi alma
mi bendición...*

En los encuentros que se sucedieron, H logra recordar la canción pero solicitaba al Mt. la escucha de material editado. Así mismo comenta que en su familia siempre se cantaba y que solía bailar con su hermano. Menciona no haber tenido una niñez feliz ya

que su madre muere cuando ella era todavía una niña, a los 10 años. Poco a poco, la residente comienza a recordar y a reconectarse con su historia y su identidad.

H solicita en casi todos los encuentros escuchar esta misma canción. Esa misma canción es la misma H que suena repetidamente en cada encuentro. En un encuentro sucesivo H realiza un *canto fallido*³⁵ (Millecco) y canta “*Se terminaron para mí todas las farras, mi cuerpo enfermo no resiste más*”

Lo que H menciona tanto desde su discurso verbal y su discurso musico-verbal, en la elección de la música editada, son coincidentes. H muestra sus deseos de no seguir viviendo, de querer morir.

A lo largo de los encuentros, mediante la escucha de material editado, el canto conjunto, la realización de actividades musicales estimulando la percepción, y los recursos y herramientas antes mencionados; H comienza a variar su elección. Al intervenir seleccionando material editado y pidiéndole a los residentes que logren identificar y reconocer el nombre de las canciones y el intérprete, y establecer esta actividad como un juego, comienza a configurarse un espacio lúdico en donde la actividad se torna recreación. Esto propicia que los residentes estén envueltos en una tarea y que además se observe que les divierte. Bruscia decía “*Cuando pensamos en musicoterapia de forma recreativa solemos pensar que no es serio. Sí lo es y es muy importante*”³⁶

H en un encuentro le pregunta al Mt. si puede traer material nuevo, refiriéndose a material no expuesto aún en el espacio. Poco a poco se van incorporando canciones nuevas que se van cantando, de acuerdo a las posibilidades de esta población, o escuchando conjuntamente. H comienza a recordar y verbalizar parte de su historia, de sus amigas, de su trabajo (que coincidió con el mismo de una compañera y que posibilitó que éstas entablaran una conversación que continuó aún cuando el Mt. ya se había retirado), de sus salidas, etc.

Con el correr de los días H no volvió a pedir “Adiós muchachos”, ni tampoco volvió a decir que quería morir. Ha mencionado que las canciones le ayudaban a recordar.

³⁵ L. Millecco, R. Millecco. “E preciso cantar”, Capítulo Funciones del canto.

³⁶ K. Bruscia. “Conferencias porteñas” Conferencia N° 2

Durante varios meses, en cada encuentro, la residente le ha preguntado al Mt. qué trajo hoy de nuevo para escuchar.

Pudo observarse un gran cambio en la posición subjetiva de H. En principio muestra un hilo temporal a través de los encuentros, ilustrando el proceso del tratamiento y un compromiso diferente con la tarea. Así mismo, al preguntar “qué trajo el Mt. de nuevo” no solo implica el deseo de no querer escuchar algo ya escuchado, sino que muestra una necesidad de cambio, una búsqueda de aquello que no está y se trata de conseguir.

Zamba de la Convivencia

Una de las grandes problemáticas que se observan en estas personas es la tendencia al aislamiento. El avance del deterioro trae la dificultad de relacionarse con otro, ya sea por la desconexión o por la no inclusión de un otro. Pero en personas con mayores recursos este aislamiento logra registrarse y, en menor medida, surge la queja con respecto a ello.

En un grupo en particular, en donde una residente mostraba su enojo ante la falta de respuesta del entorno, argumentando que “no se podía hablar porque nadie contestaba”, se ha utilizado la *Creación de canción*, para estimular y favorecer el diálogo cruzado, el debate y la unión de los integrantes del grupo.

Así surge como segunda *Creación de canción*, “Zamba de la convivencia”. En la construcción de la misma las residentes han logrado intercambiar ideas, sensaciones y sentimientos. Muchas integrantes del grupo, que generalmente participaban solo desde la escucha, han logrado pasar a la producción realizando propuestas para la composición de la letra. Durante el proceso este material era escrito y leído para que el grupo avalara o generara cambios en el mismo.

La finalización de la producción se dio luego de varios encuentros y arrojó el siguiente resultado

*Zamba de la convivencia
(Zamba de mi esperanza)
Cuando amanecemos
Venimos todas al comedor
Desayunamos en compañía
Mucho silencio alrededor*

*Llega Miriam corriendo
Con muchas ganas de jorobar
Organiza tareas varias*

*Rompiendo mucho las “la..la..la”
La convivencia en si es buena
Nos gustaría que siga así
Pero deseamos que entre todas
Haya mayor comunicación
A las 12 llega el almuerzo
Estamos juntas para comer
Comemos siempre en silencio
Disfrutando ese menú*

*Nos quedamos otro ratito
para hacer bien la digestión
Luego viene la siesta
Y más tarde al comedor*

*La convivencia en si es buena
Nos gustaría que siga así
Pero deseamos que entre todas
Haya mayor comunicación*

*Atendidos siempre por Nancy
Llega el momento de merendar
Hacemos mucho silencio
Para pensar un poquito más*

*El lunes fuimos al tigre
Y lo pasamos requete-bien
Contentas volvimo’ a casa
Vimos cosas de no creer.*

*La convivencia en si es buena
Nos gustaría que siga así
Pero deseamos que entre todas
Haya mayor comunicación*

Conclusiones

Luego de los observado y analizado en el trabajo de campo, pudo evidenciarse que la utilización de técnicas musicoterapéuticas, en esta población, posibilita una mejora en la calidad de vida de estas personas. Así mismo, y en consecuencia de la experiencia, he notado que el grado de deterioro general del residente no solamente estriba en la propia enfermedad que padece, sino que el contexto y el entorno son causas relevantes para ello. El estudio de Carp (1966) “...comprueba que en un entorno positivo la gente vieja prefiere la actividad y los contactos sociales informales más que el desapego...”³⁷

Que el terapeuta vea a los residentes como sujetos deseantes y actúe en consecuencia ha posibilitado que éstos comiencen a posicionarse desde otro lugar, permitiéndoles encontrarse y re-encontrarse

37 Leopoldo Salvarezza, “Psicogeriatría teórica y clínica”, Pág. 22, Editorial Paidós, 2002

con su propio deseo, encontrando en el espacio de Musicoterapia un lugar donde poder ser escuchados, y en donde poder expresar. Generar un espacio en estas instituciones, para que los residentes lo configuren, ha favorecido al despliegue de sus ME-R y a una apropiación del mismo. De esta manera, se ha generado un lugar de pertenencia en donde los adultos mayores deciden la actividad a realizar.

La implementación de las canciones, aplicadas desde una orientación musicoterapéutica, permitió a los residentes abrir nuevos canales de comunicación intersubjetivos e intrasubjetivos. Mediante las intervenciones del musicoterapeuta, los residentes han podido re-encontrarse y reconectarse con su propia identidad, con su historia personal, desde otro ámbito... el sonoro-musical. En este mismo sentido, ha favorecido a la aparición de nuevos caminos para la circulación del discurso, que arribó a un mayor conocimiento de los residentes entre sí. En muchos casos, esto trajo como

consecuencia que se establecieron, entre algunos de los residentes, diferentes modos de vinculación, propiciando el vínculo y/o intensificándolo según el caso.

De la misma manera se ha podido brindar un espacio para la vehiculización de la queja y trabajarla grupalmente. Esto ha posibilitado su elaboración desde un ámbito creativo permitiendo brindar y encontrar nuevos caminos y opciones para su transformación.

Referencias Bibliográficas

- Bruscia Kenneth, "Conferencias Porteñas", Buenos Aires, 2001
- DSM IV Manual de psiquiatría
- Ivaldi Gisela, "La musicoterapia aplicada a casos de demencia en adultos mayores institucionalizados" Tesina, 2006
- Milleco L, Milleco R, "Es preciso cantar", Material de estudio Cátedra Vocal III, UBA, Buenos Aires 2002
- Pellizzari P., Rodríguez R., Salud, escucha y creatividad, EUS, 2005
- Salvarezza Leopoldo, "Psicogeriatría teórica y clínica", Editorial Paidós, 2002
- Schapira, Ferrari, Sánchez, Hugo, "Musicoterapia. Abordaje Plurimodal", ADIM ediciones 2007.

DE LA DEMANDA INDIVIDUAL A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA: MUSICOTERAPIA CON MUJERES.

Expositoras: Patricia Pellizzari – Candela Brusco

Equipo ICMus

Contacto: icmusargentina@yahoo.com.ar

¿Por qué conformar un grupo DE - CON MUJERES ?

Por diferentes motivos aún se observa en el centro de salud barrial, mayor presencia de mujeres que asisten a consultas de salud personales o llevando a sus hijos y maridos. Sin embargo, la tendencia de asistencia se debe a la búsqueda de atención concreta para diferentes enfermedades y no para realizar acciones de prevención y promoción de salud que deben ser objetivos principales en los CAPS.

Por tal motivo, la convocatoria para actividades con objetivos diferentes es muchas veces novedosa para gran parte de la comunidad y por eso es necesario en construir la inclusión en la cotidianeidad de espacios para pensarse a sí mismas en la interacción con otros u otras personas, vecinas que tal vez, poseen experiencias similares lo que permite fortalecerse mutuamente, buscar y encontrar soluciones de manera conjunta para problemas comunes, compartir emociones, crear lazos, tender redes, pensar en la salud como una construcción colectiva.

Cuando la comunidad visualiza una posibilidad de apropiarse de un espacio de discusión de necesidades surge el encuentro, la riqueza del intercambio con otros, la integración en la diversidad, oportunidades de dar y recibir, de poner en juego las propias capacidades y de apropiarse de otras nuevas. La primera invitación al grupo decía algo así:

“...Grupo de musicoterapia para mujeres.
Un espacio para expresarnos, pensar en la salud,
las emociones y los vínculos cotidianos.
Te esperamos todos los miércoles (aunque llueva)...”

Las primeras demandas explícitas surgieron en relación a la necesidad de pensar en los vínculos y tener un espacio de cuidado personal ¡aunque llueva!

Un espacio para la expresión de la subjetividad, “de nuestra música”.

Crear músicas y sonidos para los vínculos, para expresar sensaciones, reconocer en un tema musical la alegría o el miedo, poner a mover el cuerpo y crear en grupo la escultura de un sueño o deseo, escribir un cuento con la propia historia, etc.

Los objetivos que se abordaron a través de las diferentes técnicas musicoterapéuticas estuvieron en relación a los indicadores de vulnerabilidad y factores de riesgo que pudieron ir elaborando desde la autopercepción grupal; tales como la impulsividad que aparece cuando no se puede poner palabras a las emociones y necesidades, el desamparo producto de situaciones familiares muy complejas donde existe la violencia, la adicción, la desocupación, el aislamiento, la ansiedad, la angustia...

Darse un tiempo personal para reconocerse a sí misma y redescubrirse a través de la mirada que le devuelve el grupo, liberarse de los mitos sobre lo que cada una es y descubrir qué es lo que quiere conservar y lo que necesita transformar.

Explorar las capacidades para dialogar, acordar o diferir, negociar, escuchar y escucharse. Diferenciarse como mujer y como madre, descubrir los conflictos que se les presentan en las funciones que cumplen día a día.

Este tema fue muy significativo para este grupo de mujeres, ya que muchas de las concurrentes se acercaron por demandas de ayuda cuando se les presentaron conflictos en las familias en relación a la crianza de los hijos (pequeños o adolescentes), cuando aparecían señalamientos desde las instituciones educativas a cerca de dificultades de los niños para integrarse con sus pares o respetar reglas en las actividades que se les proponían. Por tal motivo, comenzamos a trabajar en un dispositivo paralelo de trabajo con mujeres y niños

pequeños a partir del contacto y el trabajo conjunto con los jardines municipales cercanos al centro de salud. Con las mamás se evidenciaron dificultades compartidas para ofrecer a sus hijos límites claros que los organicen y ayuden a construirse como sujetos y en ambos apareció una marcada tendencia a conductas impulsivas como modalidad de comunicación habitual.

Uno de los objetivos principales que guió el trabajo fue el de concientizar la importancia de la coherencia, el valor de la palabra que se sostiene en las acciones cotidianas. Lo que en un primer momento se dirigió a comprender la importancia de no contradecirse ellas mismas para ser claras con lo que quieren transmitir a los hijos.

La construcción de la salud en ésta experiencia incluyó a muchos, de las mamás a los hijos, de mujeres a mujeres, de chicos a grandes...

Las mujeres del grupo que compartiendo se conocieron, aprendieron unas de otras, pudieron además, multiplicar su experiencia con otras mujeres y madres que forman parte de su comunidad barrial. Así fue la invitación que luego crearon para convocarlas:

“...Los hijos, la casa, el marido, los miedos, la plata, las angustias, las alegrías, vos misma...

¿No es mucho para una sola persona?

Estamos casi todas igual...

Acercáte! Te estamos esperando en un ambiente cálido y ameno para escucharnos, para pensar, para cantar, para contar con nosotras... vas a ser bienvenida!...”

Como parte del trabajo conjunto con los jardines municipales, se realizaron encuentros planificados con ellas para ampliar los espacios de promoción de salud, encontrando que los problemas que se abordaban en el grupo eran compartidos por muchas otras mujeres. Sin embargo, ésta etapa del proceso de promoción de salud abriendo las puertas para el encuentro con una parte mas amplia de la comunidad no es fácil. Como todo proceso hay diferentes momentos, unos con mayores fortalezas y otros con más debilidades; se presentan resistencias y dificultades a la hora de comenzar a ofrecer a otros aquello que fueron recibiendo y descubriendo en espacios más íntimos de reflexión profunda sobre grandes temas. Aún, no aparece una necesidad explicita de pasar a otro momento en la construcción de redes más grandes, pero creemos estar en un buen comienzo. Hay mucho por hacer. Durante mucho tiempo

las mujeres creyeron que sus saberes no valían y los enterraron u olvidaron desvalorizándose... Las experiencias que se les propusieron para integrar a las actividades otros miembros de las familias y del barrio, poco a poco van tomando consistencia en la realidad. Las jornadas intergeneracionales que se realizaron en el Centro de Atención Primaria, donde se encuentran los integrantes de diferentes grupos de musicoterapia, los descubrimientos en relación al uso de la música y el arte para construir salud y calidad de vida, experiencias que se multiplican cada vez con mas frecuencia en el centro de salud.

Las mujeres participaron con un rol protagónico en estas jornadas, donde tuvieron la experiencia de pintar mientras escuchaban música en compañía de sus familiares, contar cuentos para sus hijos o nietos y sus amigos, realizar danzas comunitarias donde se entrelazaban vecinos desde 3 a 65 años, plantar flores y deseos en el patio del centro de salud de su barrio...salir a la calle a repartir globos con mensajes de salud colectiva.

Los objetivos planteados para éste proyecto se van alcanzando con el paso del tiempo, el grupo se va fortaleciendo, y esto se ve reflejado en la convocatoria, en el compromiso de su participación y en los cambios positivos que cada una hace para tener una vida más saludable. Mujeres que no se habilitaban a trabajar por mandatos del marido, ahora lo hacen, mujeres que no se animaban a concurrir a entrevistas vinculares con los padres de sus hijos, ahora lo hacen, mujeres que no les podían decir a sus hijos de su verdadera identidad y filiación pudieron hacerlo. Mujeres que no podían mostrarse vulnerables y necesitadas de ternura pudieron entregarse confiadas a la contención. Actualmente crearon una carpeta que recorre las casas de todas donde escriben algo importante que les pasó en la semana o que estuvieron pensando para compartir con sus compañeras.

La apropiación de las herramientas que ofrece la musicoterapia se va realizando poco a poco, y a través de ellas se enriquecen de nuevas modalidades expresivas y de la capacidad escucha que se trasladan a su cotidianidad para fomentar mejores lazos y vínculos con su familia y un mayor desarrollo personal y subjetivo. El trabajo no está acabado, pero este primer año fue rico en la construcción de la contención y de

perspectivas de transformación fortalecidas por el grupo.

**DE LA DEMANDA INDIVIDUAL A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA:
MUSICOTERAPIA CON MUJERES**

MUSICOTERAPIA CON MUJERES
2009 - 2011

MADRES

Determinantes de vulnerabilidad psicosocioambiental:
Desamparo, violencia, aislamiento, desempleo, ansiedad...

Vínculos familiares, laborales, de pareja, sociales, etc.

Demanda

Equilibrar funciones y roles

Objetivos cumplidos:
Promover la salud integral
*Pensarse y sentirse a si mismas.
Compartir con otras mujeres sus saberes, sus miedos, sus emociones...*

Meta cumplida: Salud Comunitaria
Multiplicar la experiencia con otras mujeres del barrio

Estrategia:
Grupo simultáneo de niños – hijos en espacios diferenciados

Metodología:
*Facilitadores interactivos de grupo:
Juegos, canciones, improvisaciones,
lenguajes estéticos y reflexión verbal*

“Los hijos, la casa, el marido, los miedos, la plata, las angustias, las alegrías, vos misma...”

¿No es mucho para una sola persona?

*Estamos casi todas igual...
Vení, Vas a ser bienvenida!”*





ABORDAJE MUSICOTERAPÉUTICO EN ORGANIZACIONES BARRIALES

Expositores: Flavia Kinigsberg, Diego Pattles, Lucía Melmik, Emmanuel Barrenechea.

Programa ICMus: Musicoterapia para la Comunidad
Contacto: icmusargentina@yahoo.com.ar

Musicoterapia y Equipo de trabajo

Como quedó claro, somos un equipo de musicoterapeutas trabajando en el ámbito de la promoción de salud, en nuestro caso con niños y adolescentes atravesados por la exclusión social y sus derechos vulnerados.

Como musicoterapeutas en este campo nos ocupamos de conocer a la comunidad a partir de sus expresiones sonoras, creativas y también repetitivas, de conocer a la población en sus modos de vincularse, de tratarse, de agruparse, de producir, decir, sentir y hacer. En este conocimiento y acercamiento nuestro propósito es acompañar procesos, hacernos parte de la comunidad y promover procesos tendientes a la salud acordes a los valores que la misma comunidad posea, y subrayando los que tiendan a la flexibilidad, la libertad de expresión, la participación, la equidad. Tenemos en cuenta el concepto de familiarización como lo define la pionera en la psicología comunitaria Maritza Montero, "un proceso de carácter socio-cognoscitivo en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo, a la vez que se encuentran puntos de referencia comunes, desarrollan formas de comunicación y comienzan a desarrollar un proyecto compartido".

Nuestros objetivos más básicos y generales tienen que ver con el escuchar y promover la escucha en general, favorecer la expresión y la participación, el valorarse como grupo y como individuos, unos a otros y cada uno a sí mismo, con el registro y fortalecimiento de la identidad como sujetos de una comunidad por medio de sus producciones expresivas. Hablamos de promover la integración social y emocional, fortalecer los vínculos, el registro y expresión de emociones, canalizando impulsos violentos, encontrando modos de descarga que no impliquen el daño a sí mismos, a otros y/o al entorno.

Los recursos con los que contamos son bastante fáciles de nombrar y ser comprendidos en este marco: los oídos atentos a escuchar, el uso de la voz y del decir significativos, por medio de canciones, conocidas, creadas o improvisadas. El uso de instrumentos en grupo, improvisando, creando, sonando, haciendo ruido, tocando juntos y por turnos, pudiendo ser uno como parte de un grupo, uno junto a otros, ni arrasado ni aislado o marginado. Tocar instrumentos chiquitos, tocar instrumentos grandes, suaves, fuertes, melódicos, rítmicos, electrónicos, rústicos, creados por el mismo grupo, comprados, etc. De esto se trata nuestro hacer cotidiano.

En este proyecto nos involucramos una parte de un equipo mayor, y este sub-equipo nos conformamos de la siguiente manera: 3 musicoterapeutas coordinadores de las actividades (una en una pasantía anual de la cual pasará a formar parte del equipo en forma estable el próximo año, si todo sale como esperamos), más una supervisora/coordinadora in situ, cumpliendo tareas de gestión con la comunidad, contacto con familias, organizaciones vecinas, escuela, y direccionando en ocasiones la tarea concreta con los usuarios o tomando también roles de coordinación cuando es necesario. Y por último una directora general del programa que supervisa al equipo completo con frecuencia mensual, espacio que posibilita tomar distancia con la tarea, conceptualizar la práctica y comprender hacia dónde se encamina o hacia dónde la re direccionaremos.

Este equipo cuenta con el sustento material y económico de una Fundación, Fundación Fundavac, que desde hace tres años apuesta a esta disciplina y provee los recursos necesarios para poder realizar las intervenciones. Tema no menor para sostener una tarea a lo largo del tiempo en forma ininterrumpida, sorteando obstáculos y proponiéndonos siempre nuevos desafíos.

El trabajo que estamos presentando se desarrolla en el oeste del conurbano bonaerense, en el Municipio de Morón, en un barrio de Morón sur. El contacto con instituciones provinciales, municipales, como con otras organizaciones comunitarias es uno de los objetivos que también nos planteamos, tanto con escuelas, como con instancias de protección a menores, instituciones relacionadas con la niñez, etc.

Sueñitos

Sueñitos se llama el lugar donde desarrollamos nuestra tarea, lo definieron sus fundadoras como Taller de Juegos y Copa de leche, en donde se brinda a los niños del barrio una merienda reforzada, en este momento dos días a la semana. Además de la merienda un día a la semana se ofrece el espacio para jugar (con juegos de mesa, dibujos y pinturitas, computadoras desde hace poco tiempo, etc.) y otro día a la semana se ofrece el espacio de musicoterapia para todos los niños que luego de merendar deseen quedarse. Suelen asistir a musicoterapia alrededor de 20 niños de entre 4 y 16 años.

Además este año se brinda un espacio de musicoterapia exclusivo para los adolescentes, por observarse situaciones que demandaban un momento en el cual poder desplegarse en mayor intimidad y profundidad.

Encuadre y Población

Enfocamos nuestro hacer en los niños y adolescentes que asisten a sueñitos, brindando un espacio con una frecuencia semanal, acompañamos la merienda y luego comienza musicoterapia. También ofrecemos un espacio, coordinado por la directora del proyecto, con una frecuencia menor (quincenal y/o mensual) a las señoras que colaboran en la copa, quienes también son vecinas del barrio. Se intenta en este espacio de musicoterapia que ellas puedan elaborar algo de lo que sienten y generar estrategias saludables, tanto para ellas como para con los niños, para poder vincularse con ellos desde un lugar que no sea el grito o el reto con su impronta de malestar y tensión. El día que se realiza el taller es día de comedor en sueñitos, por lo tanto el vínculo y la interacción con estas personas también es parte del trabajo que realizamos. Encontrar un equilibrio entre el orden que muchas veces ellas necesitan, y nuestra particular manera de poner límites constituye una

dinámica compleja. La comunicación y expresión de sensaciones, ideas y emociones son las herramientas que nos permiten llegar a acuerdos, y el tenernos en cuenta unos a otros. Ni nosotros estamos solos con los niños ni ellas, eso puede ser vivido como un beneficio para todos, siempre y cuando podamos convivir con tolerancia ante las diferencias.

Estas mujeres (y un hombre) que trabajan dando la leche y que alimentan en el día a día la vida de este comedor, mantienen el contacto más frecuente con los niños. Estas personas reciben a cambio de este trabajo el plan trabajar desde el municipio, sin embargo la solidaridad y el compromiso son el sello que las identifica. El municipio proporciona gran parte de la comida, los alimentos no perecederos, pero el alquiler del lugar y los alimentos frescos los deben costear ellas mismas, vendiendo pizzas, haciendo rifas o bingos, lo que significa que su tarea no trata sólo de preparar la merienda, servir la leche, limpiar, sino que se podría comparar con lo que es llevar adelante una casa en donde se necesita mucho amor con los niños, comprensión, educación, y además hacerse cargo de la compleja economía hogareña.

*"Abre la puerta y entra a mi hogar, Amigo mío
que hay un lugar,
Deja un momento de caminar, siéntate un rato
a descansar,
Toma mi vino come mi pan, tenemos tiempo de
conversar."
(Carlos Carabajal)*

Sueñitos se encuentra ubicado frente a una plaza y en la esquina hay una escuela primaria y dos secundarias, esto garantiza la presencia de un número significativo de niños. Se puede describir físicamente a Sueñitos como un gran salón a la entrada, el comedor lleno de mesas construidas por tablonces sobre caballetes y bancos largos, luego está la cocina, tres salitas pequeñas, el baño clausurado y un gran patio de cemento resquebrajado. Los colores que se ven en general son el marrón y el gris, la humedad dejando sus huellas, los techos a medio camino entre el arriba y el abajo. Canillas que no dan agua, ventanas con chapas que se caen... no es muy alentador el espacio físico. Las vidas y personas que habitan este espacio permiten que el motor siga encendido. Hay pocas puertas que dividan espacios, con lo cual es difícil marcar límites espaciales,

reglas de dónde se puede entrar y dónde no. Preguntas como dónde se puede sostener un espacio privado o cómo tocar fuerte en un sector sin interrumpir la tarea en otro aún no logramos responder.

Las características de vulnerabilidad de la población de niños a los cuales nos dirigimos son la pobreza y la falta de contención familiar. Esto trae aparejado altos niveles de impulsividad, riesgos de consumo prematuro y contacto cotidiano con situaciones de violencia, drogas y alcohol. También se observa a los niños generando posturas desafiantes con los adultos. Ganarse la confianza de ellos es un largo proceso que estamos atravesando. Luego de tres años podemos registrar grados mayores de confianza, pero aún en proceso.

Como hemos dicho, somos 4 personas trabajando en forma directa con los niños, una destinada a tener el tiempo y la disposición para realizar entrevistas familiares, para poder intervenir más a fondo en la vida de la comunidad y en particular la de estos niños. En casi todos los casos nos encontramos con mucha resistencia de las familias a acercarse, a conversar y a confiar en nosotros. Observamos que el proceso de entrar en contacto con las madres y/o padres precisa aún de tiempos más largos, encontrándonos con mayor desconfianza y recelo de su parte. El que los niños depositen su confianza en los musicoterapeutas genera que nos involucren muchas veces en ámbitos íntimos, llevando el espacio imaginario quizás de los padres, de recreativo musical a movilizador y transformador, con las resistencias que esto implica. Luego de este tiempo de trabajo se concretaron satisfactoriamente algunas entrevistas con madres por mucho tiempo convocadas. La resistencia fue explícita: "tengo 5 minutos", "estoy muy ocupada", etc., la necesidad de hablar y ser escuchadas luego de atravesar esos primeros tenos 5 minutos también lo fue, valorando el espacio y agradeciéndolo, comenzando a hacerse parte de este lugar tan habitado por sus hijos. Sin embargo los tiempos continúan siendo lentos, un diálogo positivo nos acerca, pero para el segundo aún esperamos, para participar activamente e involucrarse en el espacio, esperaremos también, sin ansiedad y encontrando o construyendo juntos lo posible.

Consideramos a otros actores que forman parte de la comunidad como por ejemplo la capilla de la vuelta de Sueñitos, la sede

municipal territorial (UGC), la escuela o la murga de la plaza. Desde el taller se promueve cualquier contacto con el afuera, en donde los niños puedan poner en acción herramientas vinculares que se ponen en juego dentro del taller, pudiéndose relacionar de una forma saludable desde la solidaridad, el compañerismo, el respeto, el amor, y no desde la violencia, la rivalidad o la agresión, modos vinculares que aprendieron y que viven día a día en diferentes ámbitos de la sociedad. Ya sea desde la simple acción de prestar palillos para la murga o acompañar a los niños a tocar tambores al frente de una peregrinación organizada por la capilla, se promueve este contacto del taller de musicoterapia y de los niños con distintos ámbitos comunitarios.

Inicios - Proceso

El proyecto de musicoterapia en Sueñitos comenzaba en el año 2008, hace ya tres años, con muchas sensaciones encontradas por parte del equipo que teníamos que asumir el desafío...

Nos preguntábamos en reuniones previas ¿Cómo sería sueñitos? ¿Qué expectativas tendrían los beneficiarios? ¿Llenaríamos estas? y ¿de qué manera intervendríamos desde el área de promoción y prevención? ¿Qué hacer? ¿Qué entenderán por musicoterapia? ¿Les gustará participar del taller? ¿Cómo empezar? Entre otras muchas preguntas.

Nos dispusimos en un primer encuentro a conocer el barrio y Sueñitos, dejando prejuicios y preconceptos de lado, intentando empaparnos de sensaciones e imágenes nuevas.

Consideramos importante en ese primer encuentro conversar con las directoras del lugar. Que nos cuenten el origen de Sueñitos, los objetivos y que describan su visión de la población.

Y allí estábamos bajando los instrumentos musicales y armando un placard para guardarlos, cuando sin conocernos y desde la alegría y espontaneidad de los niños, un grupo de hermanos nos vinieron a dar la bienvenida... Sí, ellos, los que forman parte de ese lugar, los niños que van merienda a merienda a compartir con otros pares y jugar, en estos niños que a veces están tan alejados del juego, teniendo que hacerse cargo de hermanitos más pequeños tomando rol de mayores, o teniendo preocupaciones que no hacen a la edad, o estando en la calle

sin encontrar contención o una casa que los albergue y no los expulse hacia el afuera. Y casi como mágico el canto y los instrumentos nos unieron en el mundo de los sonidos, el ritmo de murga tan cercano a ellos con los tambores y luego el canto, El tren del cielo surgió de modo espontáneo.

*“Viajo por las nubes, voy llevando mi canción
vuelo por los cielos con las alas de mi corazón.
Déjame que llegue, que me está llamando el
sol,
vuelen los que pueden volar con la
imaginación...” (Soledad Guerrero)*

Al elegir esta canción, ¿las letras nos estaban regalando algo? ¿Nos querían decir algo? Sí estábamos seguros que nos uniría la música y los acompañaríamos a viajar y volar con la imaginación, a crecer, a andar la vida a través de canciones, ritmos y sonidos, pero ellos ¿la usarían como un medio para acercarse a nosotros? ¿Para contarnos de sus necesidades, sus deseos, de sus miedos y problemas? Solo era cuestión de probar y facilitarles el espacio.

Con todas estas preguntas nos dispusimos a comenzar con los talleres de musicoterapia. La convocatoria la realizamos haciendo una visita a las casas de los niños que la coordinadora de Sueñitos sugirió por ser los que consideraba que más necesitaban de este espacio. Ella nos acompañó y presentó en cada hogar.

Semana a semana íbamos descubriendo los potenciales, demandas y necesidades de estos niños, los íbamos conociendo y ellos a nosotros.

Objetivos y límites

Los objetivos que más se repiten en nuestro planeamiento estratégico son: - Propiciar vínculos saludables - Descubrir identificaciones positivas - Favorecer la escucha intra e inter subjetiva - Generar espacios y límites de convivencia - Ofrecer medios para el registro de emociones y la expresión de las mismas - Promover espacios de reflexión - contribuir en el control y la re dirección de la impulsividad - Respetar al otro y a uno mismo - Fomentar el cuidar y el cuidarse.

Estos objetivos que uno idealmente pensaría por separado para generar estrategias y actividades, emergen todos juntos cada día en el espacio de musicoterapia en Sueñitos, y es allí donde se desdibujan los límites,

adentro-afuera, yo-no yo, sonido-ruido, amor-odio, y con ello nuestro rol debe fortalecerse cada vez, estando preparados para participar de momentos de creatividad, ternura y solidaridad o de repetición, angustia y desborde.

La plasticidad como fin y como medio es la base de este trabajo y el amor el sostén del mismo, el amor en el abrazo, el amor en el límite.

¿Cuáles son los alcances de nuestro trabajo como musicoterapeutas? ¿Y cuáles respecto a nuestra intervención comunitaria?

Es en el trabajo de cada semana donde se reconstruyen estos límites, donde ofrecemos el espacio y las posibilidades y ellos las habitan cada día como pueden, tanto componiendo una canción, creando o recreando un ritmo juntos, jugando a ser músicos y cantantes, construyendo instrumentos o también tocando sin silencios significativos, negándose a compartir, no tolerándose mutuamente, ni a sí mismos, comunicándose desde la agresión; pero siempre es necesaria la mirada de un otro que apruebe, que comparta, que contenga u ofrezca un límite saludable, un borde al desborde.

Plasticidad en las intervenciones es la característica que buscamos sostener en cada encuentro, aceptando que las planificaciones cambien de manera constante y de acuerdo a las ganas, los pedidos, el nivel de ansiedad o de rechazo.

A partir de experiencias musicales podemos conocernos a nosotros mismos y en vínculo con otros, desarrollar nuestra creatividad, favorecer la vivencia de nuevos modos de interacción, desarrollar la escucha intra e inter subjetiva.

Es a partir de nuestra herramienta y con el respeto de la visión y valores de las comunidades con las que trabajamos, siempre orientados por los derechos que todos poseemos, que participamos de este proyecto.

“A jugar, a cantar, que tengan todos los niños en el mundo su lugar.

Vamos todos a cantar, pa` que los niños del mundo tengan todos un lugar.

Vamos todos a AYUDAR, todos los niños del mundo merecemos un lugar.”

(Leonardo Croatto)

Trabajo en equipo

Y para terminar reflexionaremos sobre nuestro hacer, el equipo y quienes lo

conformamos. Estamos convencidos que sostener un proceso incesante de trabajo es posible si se cuenta con un equipo de personas, un equipo y todo lo que ello implica. Nuestra meta es tratar de promover en nosotros como grupo lo mismo que buscamos promover en la comunidad, como parte que somos de la misma, la coherencia entre el hacer y el ser. Hacer de acuerdo a quienes somos. Entonces los valores que intentamos sostener hacia adentro son encontrar espacios de escucha, diálogo y reflexión, donde se puedan compartir emociones, que suelen movilizarse mucho en esta tarea. El valorarnos y tolerar las diferencias. Reconocer cómo las diferencias nos enriquecen, por ejemplo cómo una musicoterapeuta no se sentía cómoda al trabajar con los tambores tan ruidosos y gracias a eso ofreció un espacio alternativo para muchos niños que tampoco resonaban con los tambores, cómo uno puede poner un límite necesario, pero otro puede estar ahí conteniendo. Cómo uno con una pregunta crítica ayuda a pensar y a abrir nuevas perspectivas. Cómo uno ve y señala una situación que al resto se le pasó de largo, y entre todos logramos ver más, sin creer que uno es quien ve o tiene "la verdad".

No es fácil trabajar con estos niños, no es fácil nunca trabajar en equipo. Suele ser muy trabajoso el hacer con otros diferentes. Creemos que es la forma más saludable de hacerlo y sin dudas la que elegimos.

Estar acá hoy con palabras que nos ayudan a compartir y describir la experiencia también es un medio que consideramos de utilidad para atravesar momentos difíciles, en los que el quedarse sin palabras genera niveles de angustia que poco promueven un buen trabajo, más bien llevan a intervenir desde la acción y la respuesta impulsiva. Frenar, evaluar, poner palabras, compartirlas hacia adentro y en ocasiones también hacia afuera para continuar la tarea es parte del proceso del equipo.

Palabras finales

Nos hemos acercado a los niños y adolescentes de una comunidad que en su modo de aceptarnos y recibirnos también nos rechazan y desafían. Que sostienen su presencia espontánea y continua semana tras semana. Que se enojan muy seguido y se van, con la independencia que cargan, pero que en pocos minutos o a la semana siguiente se vuelven a acercarse y buscan seguir siendo

parte de este espacio. Sin duda nadie los presiona a asistir, ningún adulto detrás indicándoles qué hacer o dónde estar. Ellos vienen, hacen que Sueñitos sea, exista, funcione y se sostengan espacios como el de musicoterapia. Ellos lo sostienen.

Un día, ante una fuerte puesta de límites un niño nos dijo: "si no venimos más, ¿qué hacen ustedes?" Teniendo bien en claro que sin ellos nosotros no podemos hacer mucho. Saben que allí se los contiene y no se los expulsa, se los convoca, se los respeta y valora. Se toleran sus desbordes y sus impulsos, tan constitutivos.

Desde afuera se nos suele sugerir una puesta de límites más rígida. Desde adentro decidimos tratar de poner límites desde la tolerancia y creemos que en parte gracias a eso son los niños los que hacen Sueñitos, como hacen a la plaza de enfrente cuando Sueñitos está cerrado. Un lugar del que se pueden apropiarse porque se amolda a ellos, pero un lugar que también impone bordes, y este es el desafío, encontrar formas que los alojen y que a la vez sean toleradas y posibles de ser habitadas por ellos.

Y en el hacer en Morón, en esta copa, llegamos de afuera, cada semana nos acercamos y luego nos vamos. El que siempre volvamos y sostengamos esa estabilidad nos va dando un lugar. No somos de allí, no vivimos en ese barrio, no padecemos los mismos obstáculos en nuestra vida, padecemos otros, estamos allí trabajando y porque eso queremos hacer, son diferencias muy básicas. Pero el lograr la familiarización no implica el ser igual, el hacerse par, si no el encuentro entre diferentes. Decíamos al comienzo, "un proceso de carácter socio-cognoscitivo en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo, a la vez que se encuentran puntos de referencia comunes, desarrollan formas de comunicación y comienzan a desarrollar un proyecto compartido". Creemos que en ese camino de encuentro estamos, desarrollando formas conjuntas de comunicación. Hasta el momento hemos transcurrido este proyecto compartido, haciéndolo crecer, quedando claro que no es impuesto, no es nuestro proyecto, no es el proyecto de ellos tampoco. Es en el encuentro que se concreta. Es verdad que sin ellos no tendríamos nada que hacer como dijo ese niño, pero ellos sin nosotros no estarían tocando, cantando, escuchando y

bailando una vez por semana, poniendo todo lo que son y diciendo todo lo que tienen para decir a otros dispuestos a escucharlos.

¿Les cambiamos la vida? ¿Eso buscamos? ¿Con esa expectativa trabajamos? Creemos que no, continúan en la pobreza, la exclusión social, la falta de contención de adultos responsables, impulsos difíciles de contener y altos niveles de agresión. Y sobre algunos de estos temas no contamos con los recursos para incidir directamente. Sí consideramos que acompañamos a estos niños en su crecimiento, compartimos con ellos parte de su vida. Les ofrecemos que conozcan otros horizontes, que se atrevan a abrir ventanas, ventanitas, puertas, portones, grietas, lo que fuera. Que sepan que hay otra música que la que escuchan y que también les puede gustar. Pero también que reconozcan y hagan valer lo que escuchan, pues los identifica. También que puedan construir o encontrar símbolos

más acordes a lo que quieran que los represente. Ventanas que les dejen ver sus propios recursos, que les permitan reconocer sus propios valores y fortalezas. Puertas que den cabida a emociones diversas, a vínculos y formas nuevas de relacionarse. Acompañamos a estos niños en esta parte de su vida de cambios y crecimiento vertiginoso porque ellos nos lo permiten y eso es un privilegio para nosotros.

*“Una música nos llega, a alegrar el corazón,
Es la música de todos, tu voz con mi voz.*

Tú voz, mi voz,

Tú voz, mi voz...

*Hoy nos trae la esperanza, hoy nos llena de
emoción,*

Se lleva todas las penas, se lleva el dolor.

Tú voz, mi voz,

Tú voz, mi voz...”

(Mariana Ingold - Osvaldo Fattorus)

MUSICIOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA

Matías Morales Manterola

Contacto: unpuentemusical@gmail.com

El objetivo de este trabajo es presentar un abordaje desde Musicoterapia para la Profilaxis clínica y quirúrgica.

La palabra profilaxis proviene del griego προφυλαξις, "prophylaxis", y significa guardar o prevenir de antemano.

El Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe define a la Profilaxis como: **med.** "Prevención o conjunto de medidas para evitar una enfermedad."

También se pueden encontrar referencias, en relación a profilaxis, sobre aquellas medidas que se pueden tomar para evitar el desarrollo de una enfermedad o para disminuir los riesgos cuando está instalada o en curso.

La Psicoprofilaxis surgió como un tratamiento psicoterapéutico preventivo, breve y focalizado, para asistir a pacientes que deben realizar tratamientos clínicos y quirúrgicos. Busca promover recursos en los planos afectivos, cognitivos, interaccionales y comportamentales, para que el enfermo pueda afrontar el tratamiento de la mejor manera posible, reducir los efectos eventualmente adversos para su psiquismo y facilitar la recuperación bio-psico-social. Cabe destacar que su práctica no se limita a la asistencia psicológica de los enfermos quirúrgicos, sino que, también se extiende a su familia y se integra interdisciplinariamente con el equipo y auxiliares Médico.

La Profilaxis abordada desde Musicoterapia adquiere características diferentes y particulares, a la Psicoprofilaxis, aunque los objetivos sean compartidos. Por este motivo, propongo denominar Musicoprofilaxis al trabajo de profilaxis clínica y quirúrgica abordado desde Musicoterapia. El fundamento principal sobre el que se basa esta propuesta es que la Musicoterapia toma como lenguaje y principal herramienta de trabajo, de análisis e intervención al sonido y la música. A diferencia de la psicología, que trabaja con la palabra y el discurso hablado, la Musicoterapia trabaja en y con la música, el sonido, el silencio y el discurso sonoro. Por ello la Musicoprofilaxis debe ser realizada por un Musicoterapeuta calificado, quien además de tener un título oficial de Musicoterapia, debe adquirir los conocimientos y el entrenamiento necesario para trabajar en el área.

Musicoprofilaxis ofrece un espacio para abordar y elaborar en la música, aquello que obstaculiza el proceso de cura y el acto médico, promoviendo que el paciente pueda desarrollar y disponer de herramientas y recursos subjetivos propios para afrontar el tratamiento, clínico o quirúrgico, que le

permitan alcanzar y/o reestablecer el estado de salud deseado y posible.

Musicoprofilaxis asiste al paciente, a través de recursos y técnicas específicas, para permitirle asumir una posición activa y responsable frente al tratamiento médico y el cuidado de su salud física, social y emocional. Ofrece un acompañamiento personalizado, a través de todo el proceso quirúrgico, orientado a que el paciente pueda acordar con el médico el tratamiento necesario, aceptar voluntariamente el mismo y favorecer el desarrollo los recursos subjetivos necesarios para manejar y regular la ansiedad, la angustia, el temor y el dolor que pueda despertar la situación clínica y/o quirúrgica. El trabajo esta orientado a que el paciente pueda asumir un rol activo durante el tratamiento, al trabajar conciencia de enfermedad favorecer una buena predisposición y la colaboración necesaria para facilitar el trabajo del equipo médico y los agentes de salud.

A partir de un abordaje focalizado de Musicoterapia, se le brinda al paciente la posibilidad de resignificar experiencia pasadas; de identificar y reconocer aquello que le causa angustia, temor o rechazo; establecer un buen vinculo con los profesionales médicos y los agentes de salud intervinientes, tener la posibilidad de modificar y crear un ambiente sonoro-musical agradable, familiar y continente durante la internación, en la habitación, y la cirugía, en el quirófano. Se considera que de este trabajo resultan mejoras significativas, cuantitativas y cualitativas, en relación al periodo de internación, el uso de analgésicos, la suspensión de cirugías y la calidad vida del paciente, los profesionales médicos, enfermeros, asistentes, auxiliares y el resto de los agentes de salud que pudieran intervenir durante el tratamiento, la cirugía, el periodo de internación y la rehabilitación.

A partir de la experiencia personal realizada desde el año 2009, hasta la actualidad, como Musicoterapeuta en el Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica del Hospital Álvarez, comencé a delinear esta propuesta en el área médica, ya que en el área odontológica trabajo en Musicoprofilaxis clínica y quirúrgica desde el año 2006, en consultorios odontológicos privados y en la Facultad de Odontología, atendiendo pacientes niños y adultos que concurren por primera vez a la consulta odontológica, que manifiestan angustia, temor y/o rechazo frente al tratamiento y la intervención odontológica en boca, y con pacientes que deben realizarse cirugías de dientes retenidos, quistes, frenillos, muelas de juicio, etc.

Me convoca, a realizar este trabajo, la posibilidad de desarrollar junto con otros profesionales de la salud (Médicos, Odontólogos, Anestesiastas, Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, etc.) un abordaje interdisciplinario, para pacientes que deben realizar algún tratamiento médico u odontológico, que brinde contención, asistencia y orientación desde una posición profesional, política, ética y humana que contemple la realidad biológica, social, emocional, cultural y espiritual del sujeto. Basado en un vínculo de respeto y compromiso sincero: los agentes de salud y la persona que padece algún tipo afección colaboran aportando, cada uno de forma pertinentemente desde sus conocimientos, posibilidades y capacidad, aquello necesario para alcanzar los objetivos planteados de común acuerdo para restablecer el mejor estado de salud posible y deseado.

La Musicoprofilaxis fue desarrollada como un abordaje posible para "... realizar un trabajo preventivo que evite que la circunstancia de la enfermedad y la operación, devengan traumáticos para el Psiquismo. (...) que ese acto no quede aislado de la trama vivencial, sino que el enfermo pueda historizar sobre su patología orgánica, e incluso de alguna manera, tal vez encontrarle sentido a sus síntomas."³⁸

El profesional que trabaja en Musicoprofilaxis puede comenzar a intervenir a partir de cualquiera de los tres momentos del proceso Quirúrgico:

- A) Per-operatorio (alejado, preliminar, próximo)
- B) Intra-operatorio (acto quirúrgico)
- C) Post-operatorio (Inmediato o de corto plazo, y alejado o Rehabilitación)

Uno de los objetivos de este abordaje es desarrollar una estrategia de trabajo interdisciplinario para establecer un vínculo de confianza y una alianza de trabajo entre los agentes de salud intervinientes y el paciente. Por ello considero que sería positivo desarrollar el trabajo de Musicoprofilaxis desde el comienzo del acto médico, es decir, a partir del momento donde se establece el diagnóstico. Esto permite, al profesional Musicoterapeuta, asistir al paciente desde que recibe la información médica y, de ser necesario, acompañarlo a lo largo de todo el tratamiento. Así será posible pensar, acompañar y desarrollar en forma conjunta e interdisciplinaria (Médico, paciente, Anestesiasta, Enfermero, Psiquiatra, Psicólogo, Musicoterapeuta y Asistente social) el tratamiento médico, para detectar en equipo cuestiones que obstaculicen la cura y dificulten el desarrollo esperado para tratamiento, posibilitando elaborar la estrategia, las intervenciones y los ajustes necesarios para establecer las mejores condiciones para alcanzar los resultados esperados.

El trabajo en Musicoprofilaxis está orientado a que el paciente asuma una posición activa y responsable frente a su enfermedad, abriendo y estimulando la comunicación y el diálogo, claro y sincero, con el profesional médico, favoreciendo el acuerdo entre ambos sobre el tratamiento y la intervención quirúrgica, de ser necesaria. Esto ayudaría a disminuir los niveles de stress, angustia, ansiedad, miedo, tanto en el paciente como en el profesional médico, asumiendo ambos, la responsabilidad del tratamiento en forma conjunta.

Generar una relación de confianza entre ambos, permite al paciente escuchar y aceptar voluntariamente las indicaciones médicas, sabiendo que las mismas se basan en los conocimientos, la experiencia y el compromiso del profesional para realizar el mejor tratamiento posible.

El profesional médico debe tener presente, durante todo el tratamiento, que la afección que trata la padece una persona que tiene una vivencia particular y subjetiva sobre su enfermedad o dolencia física, influenciada y determinada por factores biológicos, sociales, culturales, emocionales y espirituales. Es ideal encontrar el equilibrio necesario entre su responsabilidad frente a la cura, y el tratamiento de una enfermedad, y el derecho que tiene el paciente a conocer su diagnóstico y los posibles tratamientos existentes, para considerar y respetar la decisión del mismo sobre su propio cuerpo, su tratamiento y su vida, siempre que estén dadas todas las condiciones necesarias para tal fin, tomando en cuenta sus condiciones y facultades mentales, emocionales, sociales, culturales y económicas.

El Profesional que trabaja en Musicoprofilaxis conocerá, estará atento para realizar las intervenciones pertinentes con el equipo profesional tratante, en relación a la información médica. Dentro de lo posible, sería ideal poder concensuar con los médicos, a lo largo del proceso de diagnóstico, estudios, internación, cirugía, post-operatorio y rehabilitación, que informar, Como informar y Cuando informar.

En la etapa Pre-operatoria se realiza una evaluación para detectar posibles situaciones conflictivas o de riesgo, para delinear, de forma interdisciplinaria, la mejor estrategia de trabajo. Así, se podrá comenzar a trabajar con el paciente sobre la conciencia de enfermedad, los miedos, la angustia, la ansiedad, las fantasías y los mecanismos defensivos presentes, para llegar a la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles. Desde Musicoterapia esto se trabajará a partir de lo sonoro-musical, a través de técnicas y recursos de Musicoterapia, con una escucha específica en el trabajo con canciones, las improvisaciones vocales e instrumentales y el empleo de música editada. Sobre este material sonoro-musical el Musicoterapeuta interviene para que el paciente pueda elaborar y desarrollar aquellos aspectos y recursos subjetivos propios que le permitan atravesar el periodo de

³⁸ Lic. Irma Zurita. . Material del Curso de Post Grado: "Psicoprofilaxis clínica y Quirúrgica." Hosp. General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Clase 1.

internación, la cirugía, y la rehabilitación de la mejor forma posible para él.

En la etapa Intra-operatorio desde Musicoprofilaxis se propone que el paciente pueda ingresar al quirófano acompañado por una selección musical que puede ser reproducida y escuchada en el ingreso al quirófano, durante la anestesia, la cirugía, y luego en su habitación, al despertarse. Este trabajo debe realizarse con el consentimiento y la autorización del paciente y del equipo Médico tratante, cirujanos y anestesiólogos. La secuencia sonoro-musical puede ser confeccionada por el paciente y el Musicoterapeuta, o solamente por el Musicoterapeuta. En los dos casos el Musicoterapeuta debe escuchar junto con el paciente la secuencia sonoro-musical confeccionada, algunos encuentros previos a la cirugía, para que el paciente y el Musicoterapeuta puedan realizar los ajustes y las modificaciones que consideren necesarios y pertinentes. Este trabajo previo es fundamental, porque el objetivo de este recurso Musicoterapéutico es generar un ambiente sonoro-musical agradable y familiar, que le posibilite al paciente, durante la cirugía, sentirse seguro, contenido y acompañado, permitiéndole alcanzar la relajación necesaria, regular su pulso cardiaco, disminuir su ansiedad, sus nervios, manejar el temor y el nivel de stress que puedan generar la situación y el ámbito quirúrgico, para que la cirugía resulte una experiencia lo menos traumática posible para su Psiquismo.

Es importante realizar este trabajo previo porque la audición de una secuencia musical puede resultar movilizante para el paciente. A diferencia de otras técnicas Musicoterapéuticas desarrolladas por el modelo Bonny o GIM (Guided Imagery and Music), o el EISS (Estimulo de imágenes y sensaciones a través del sonido) desarrollado por el abordaje Plurimodal en Musicoterapia, No se busca el estímulo de imágenes y sensaciones a través de la música y el sonido, sino que el objetivo es que la experiencia musical le brinde al paciente un ambiente sonoro familiar, conocido, agradable, de contención y compañía, que le sirva de sostén psíquico y emocional, durante la cirugía. Por ello, la secuencia sonoro-musical debe ser confeccionada considerando la historia y la identidad sonoro musical del paciente, y supervisada por el Musicoterapeuta con los objetivos pautados anteriormente de forma clara y explícita, de ser necesario.

En el Post-operatorio se trabaja en la reanudación y reincorporación a la vida diaria, social, familiar, afectiva y laboral. Se ofrece un espacio para elaborar en la música el acto quirúrgico y los cambios en el esquema corporal y funcional que la persona pudiera haber experimentado. Se trabaja sobre rehabilitación y la reinserción social, laboral y familiar. De haber sufrido alguna pérdida o modificación física u orgánica durante la cirugía, que dejaron secuelas en el paciente que imposibilitan, obstaculizan o dificultan la

continuidad de algún proyecto de vida, se trabaja el duelo por la pérdida y se brinda un espacio de contención, escucha y elaboración para desarrollar aspectos resilientes de la persona, y posibilitar desarrollo y la apertura a nuevos proyectos, estimulando la pulsión de vida.

Conclusiones

A partir de la experiencia personal realizada en estos años considero válida esta propuesta de trabajo, para la profilaxis clínica y Quirúrgica abordada desde Musicoterapia, que denomino Musicoprofilaxis.

Este trabajo pretende difundir y promover la Musicoprofilaxis como un abordaje válido para la inclusión formal de la Musicoterapia en el área Médica y Odontológica, y promover la apertura nuevos espacios de inserción laboral para la Musicoterapia.

Próximamente saldrán Publicados los resultados de una primera investigación clínica, sobre 140 pacientes, de Musicoprofilaxis en odontopediatría, denominada: "La Musicoterapia en la Primera Consulta Odontológica del niño - Musicoprofilaxis clínica -. Los resultados de esta investigación indicaron que la adherencia al tratamiento odontológico fue significativamente superior entre aquellos niños que concurren por primera vez a la consulta y recibieron Musicoprofilaxis que entre aquellos que solamente recibieron el tratamiento odontológico convencional.

Actualmente, además de continuar trabajando en el ámbito público y privado con Musicoprofilaxis, estoy desarrollando una segunda investigación clínica sobre "La resolución de dientes retenidos con anestesia local, sin sedación, con Musicoterapia como profilaxis quirúrgica - Musicoprofilaxis Quirúrgica -" en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

Referencias Bibliográficas

- Lic. Irma Zurita. . Material del Curso de Post Grado: "Psicoprofilaxis clínica y Quirúrgica." Hosp. General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Clase 1.
- Lic. Patricia Olivera. Material del Curso de Post Grado: "Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica". Hosp. General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Clase 5: "Momentos del Proceso Quirúrgico".
- Nahmod, Gustavo, (2010) "El paciente y su familia" Curso de posgrado Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica del Hospital Dr. T. Álvarez
- Olivera, Patricia, (2010) "Introducción a la Psicoprofilaxis" Curso de Posgrado Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica de Hospital Dr. T. Álvarez
- Zurita, Irma (2010) "Psicoprofilaxis en Traumatología" Curso de Posgrado Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica del Hospital T. Álvarez
- Mardarás Platas, E.: "Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas"; Barcelona, ROL

Mucci, M. "Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria". Buenos Aires: Ed. Paidós. 2004

Manterola, Elsa René, Morales Manterola, Luis Matías. La Musicoterapia como Psicoprofilaxis en Odontología. Boletín de la Asociación Odontológica para Niños. vol. 30. Nro. 3. Pág 17-20. Sept./Dic. 2007

Dileo, Cheryl. "Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Approaches" 1999.

Schapira, Diego; Ferrari, Karina; Sánchez, Viviana; Hugo, Mayra. "Musicoterapia. Abordaje Plurimodal." 1ªed. Argentina: ADIM ediciones; 2007.

Pristley, Mary. "Essays on Analytical Music Therapy". Barcelona Publishers. USA. 1994.

Summer, Lisa "Music Therapy in the psychiatric setting" MMB Music, Saint Louis, 1991. Traductor: Mt Marcos Vidret.

Bruscia, Kenneth. "Definiendo Musicoterapia". 1989.

The taste of music: a two-way trip from cognitive science to music.

Bruno Mesz, LAPSO, Universidad de Quilmes, Argentina,
LIPM, Centro Cultural Recoleta, Buenos Aires
Marcos Trevisan, Mariano Sigman,
Dept.de Física, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Musical semantics

Semantics appear constantly when a musician intends to convey "sense" and "expression" to a piece. (Beethoven's 5th: "fate knocking at the door")

Referential semantics deals with sonic patterns that function as pointers to meaningful contents. In language, sounds and meanings are closely linked with each other, whereas in music, the relationship between sonic patterns and meanings is more loosely defined.

Music and taste

Words relating to taste, a narrow semantic domain with few basic categories: sour, bitter, sweet, salty.

In addition, a taste word (dolce) is a usual musical term

Also opportunity to look at crossmodal relations between taste and music.

Examples in language, literature and music

- Plato's Cratylus; (glyky=sweet)
- Etymological analysis: the words for acid and acute in Greek have the same root "oxy"
- "a sour note", "a sweet voice"
- Richard II:

"Ha, ha! keep time: how sour sweet music is, When time is broke and no proportion kept! So is it in the music of men's lives. And here have I the daintiness of ear To cheque time broke in a disorder'd string;"

Debussy, La puerta del vino: "apre" =amargo.

Synaesthesia and crossmodality

- Synaesthesia: a stimulus in one modality produces a sensation in another modality.
- ES, correspondences interval-taste

Crossmodal correspondences: compatibility effects between attributes or dimensions of a stimulus in different sensory modalities

- Statistical
- Structural
- Semantically mediated

Production experiment

9 pianists improvised on taste words "sour", "bitter", "sweet", "salty".

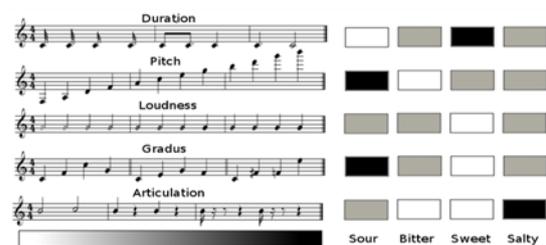
In addition they improvised on usual music expression terms (control words): feroce, dolente, delicato, deciso

3 Improvisations per word: melodic, chords (to allow to concentrate on harmony), free (no restrictions)

Examples



Parameters of music space



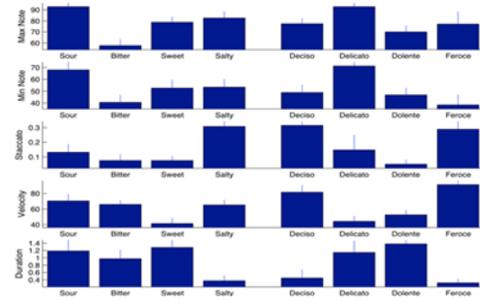
Euler's Gradus Suavitatis

- Soft loudness is a strong marker of sweetness (light gray notes, Figure 1). Pitch can easily separate sour (high pitched improvisations) from bitter (low pitched improvisations). The mean note duration serves to distinguish sweet (long notes) from sour (short notes). We also included in the analyses two other musical parameters: the articulation, ranging from a continuum of notes (legato, low articulation) to sharply separated notes (staccato, high articulation) and the Euler's Gradus Suavitatis. Dissonant improvisations reach high values of gradus, while consonant, pleasant improvisations stay at low values.

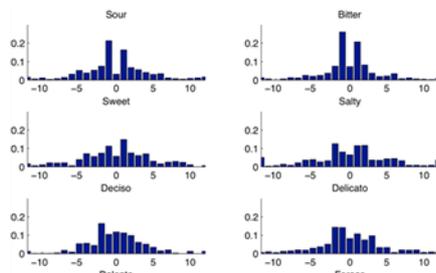
Gradus is measured for all improvisations. In the case of melodies it is computed as follows:

- For each consecutive pair of notes, estimate the interval, i.e. the ratio of their frequencies. Important intervals are those measured by fractions of small numbers, such as 1:1 (unison or prime), 2:1 (octave), 3:2 (perfect fifth), 4:3 (perfect fourth), etc.
- For the interval $n:d$, define $g = nd$.
- Calculate the prime factorization of g .
- The quantity s is computed (s is called the suavitatis of the interval).
- The gradus is the average of s across all pairs of consecutive notes. Gradus (Euler, 1968) is measured for all improvisations.

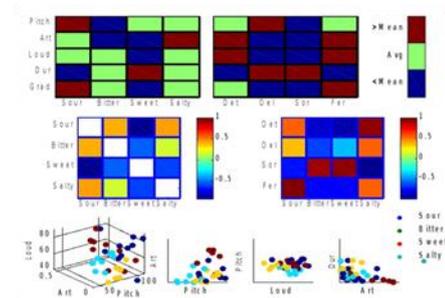
Results



Results



Results



Methodological issues

Gradus suavitatis and harmonic dissonance have not been consistently validated perceptually.

Other measures of dissonance based on psychoacoustics and taking timbre into account may be used. For instance, Sethares (JASA 1993) gives a timbre-related measure based on dissonance curves for sinusoids.

Methodological issues

Other possible psychoacoustic measures: roughness (Zwicker and Fastl, 2007)

Sharpness: The most important parameters influencing sharpness are the spectral content and the centre frequency of narrow-band sounds.

Sensory pleasantness: is a more complex sensation that is influenced by elementary auditory sensations such as roughness, sharpness, tonality (a feature distinguishing noise versus tone quality of sounds), and loudness.

Possible sources of the correspondences

Affective-kinematic: emotions are associated with specific structural music features, seen from correlations with impros on usual terms and list of freely associated words.

Other semantic correspondences seen from associated words.

Bitter associated with *pain, sad, oppressive, boredom, monotony, illness,...*

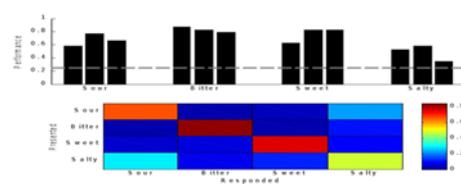
Sour associated with *cruel, fear, fast, power, unpleasantness, compression, thin, intense, point, ice...*

Salty with *restlessness, leap, party, joy, movement, cristal, hard, sand...*

Sweet with *soft, tenderness, curve, delicate, before, infinite, eternity, harmonic, innocent, spinning in the air,...*

Perception experiment

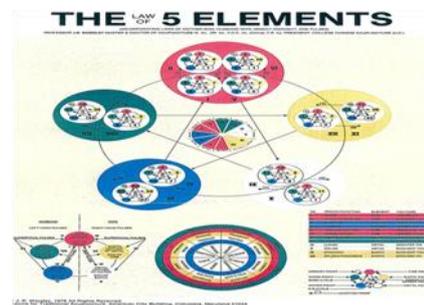
> 50 non-musicians listened to some of the impros (the best self-qualified) and labeled them with taste words



Estimulos gustativos y musica

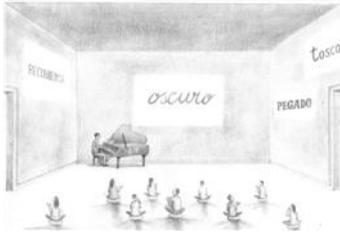
- Alteracion de percepcion de amargo versus dulce en un alimento ("toffee") por la presentacion de un soundtrack en simultaneo.
- <http://www.condimentjunkie.co.uk/bittersweet/>
- A bittersweet symphony: Systematically modulating the taste of food by changing the sonic properties of the soundtrack playing in the background Anne-Sylvie Crisinel¹, Stefan Cossor², Scott King³, Russ Jones³, James Petrie², & Charles Spence¹ 1 | Crossmodal Research Laboratory, Department of Experimental Psychology, Oxford University, Oxford, UK 2 | The Fat Duck Experimental Kitchen, Bray, UK 3 | Condiment Junkie, London, UK
- A bittersweet symphony: Systematically modulating the taste of food by changing the sonic properties of the soundtrack playing in the background Anne-Sylvie Crisinel¹, Stefan Cossor², Scott King³, Russ Jones³, James Petrie², & Charles Spence¹ 1 | Crossmodal Research Laboratory, Department of Experimental Psychology, Oxford University, Oxford, UK 2 | The Fat Duck Experimental Kitchen, Bray, UK 3 | Condiment Junkie, London, UK

5 element diagram



Two-way trip from cognitive science to music and art

- Idea of an art installation combining music and gastronomy, which also could be an instrument for experiments in a more ecologically valid situation



Referential music flavoring algorithm



"When nothing else subsists from the past, after the people are dead, after the things are broken and scattered...the smell and taste of things remain poised a long time, like souls...bearing resiliently, on tiny and almost impalpable drops of their essence, the immense edifice of memory.

Passage of the madeleine of "A la recherche du temps perdu": "quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir". (Proust M., 1987)



The installation "The taste of Music", applying these ideas in a concrete musical and savoring experience will be inaugurated in 2012. Here we sketch the script of this installation. The performance will take place in a room with very dim lights. People (small groups for each performance session) sit on cushions or wander through the room. Upon entrance each spectator receives a tray with canapés prepared following notions of molecular gastronomy on such a way that the perception of taste will be partially camouflaged. A series of short piano pieces composed with the algorithm described above will be played on a piano. Musical pieces and canapés will be in sequential correspondence. In addition, the color of each canapé, which will be determined by color-taste associations, will be matched to lighting conditions of the room providing perceptual coherence between music, taste and color. Participants will be asked to comment about the experience and informed that the results of their comments will feed back to construct algorithmically successive versions of the performance

Other ideas: use time-intensity curves from 4 evaluators focusing in each taste and savoring the canapes to compose music in real time.

Use freely associated words as expressive musical indications and as indicative of emotional resonances to modify the music

Electroacoustic music composed filtering sounds according with our findings to make them congruent with canapes' tastes.

ADAPTACIONES EN MUSICOTERAPIA

Ralf Niedenthal

Contacto: ralf@mamisounds.com.ar

Los profesionales que trabajamos en el área de la salud, sabemos muy bien que cualquier persona con una discapacidad tiene un impedimento, una necesidad especial. Es decir, que la estructura del cuerpo y sus funciones, están comprometidas. Esta desventaja conlleva a una pérdida o restricción de la habilidad para realizar alguna actividad.

En el quehacer cotidiano, la persona con una necesidad especial se enfrenta a varios obstáculos. Ya sea para ir al baño, comer, vestirse, comunicarse o, higienizarse. Así también sucede cuando un paciente con diagnóstico de parálisis cerebral asiste a sesiones de musicoterapia. Quiere tocar instrumentos, cantar, crear melodías, jugar con la música, y presenta dificultades que hacen que muchas veces, no pueda. Su discapacidad, no se lo permite. Es nuestra tarea, como musicoterapeutas, asistirlo y encontrar forma de hacer esto viable, teniendo en cuenta la combinación de la disminución del esfuerzo y la mayor comodidad para que pueda realizar las actividades, en especial componer canciones. Existen 4 tipos de adaptaciones que le permiten al paciente con estas características crear canciones con mayor facilidad, en concepto de armonía, lírica, ritmo o melodía. Son las adaptaciones corporales, musicales, instrumentales y tecnológicas.

Las adaptaciones corporales ayudan al niño a tener una mejor postura corporal. Estamos hablando de valvas, pecheras, cuñas, almohadas, cuellos, rollos. Son primarias y fundamentales, dado que si el paciente no se encuentra en una posición correcta y está incómodo, toda su producción sonora y musical se encontraría limitada. En una oportunidad, una madre me comentaba que su hijo no necesitaba pechera durante la sesión de musicoterapia; que su hijo podía sentarse correctamente erguido toda la sesión. A la hora de cantar, el niño no recuperaba las fuerzas para tomar aire, debido a la postura en la que se encontraba: encorvado. Por eso siempre es importante implementar estas adaptaciones corporales,

y si el paciente va evolucionando, tratamos de ir suprimiéndolas paulatinamente.

Otro paciente necesitaba de un almohadón para apoyar su brazo y así poder percutir con comodidad las teclas del piano. De este modo se facilitaba el trabajo. Hicimos hincapié en la motricidad fina, creando melodías, realizando juegos musicales.

Las adaptaciones musicales son aquellas que facilitan la comprensión de los aspectos teóricos de la música. Ya sean las partituras, teclados musicales o guitarras con notas de colores; la escala diatónica (solo las teclas blancas; sin alteraciones) numerada del 1 al 8 para asociar los números con las notas y así recordarlas con mayor facilidad. El uso de la escala pentatónica, percutiendo solamente las teclas negras, es otro recurso accesible para tocar una melodía. Sergio Orellana, musicoterapeuta que actualmente vive en Río Negro, demuestra la importancia de las teclas negras en un piano, debido a que son accesibles para personas que tienen la motricidad fina comprometida. Con el puño pueden tocar las 5 notas, deslizándolo de izquierda a derecha o viceversa. Y la particularidad de esta escala pentatónica es que siempre va a ser tonal, armónica.

Cuando hablamos de adaptaciones instrumentales nos referimos a dispositivos que facilitan la coordinación motriz para la ejecución de los instrumentos musicales. Tomamos como ejemplo los engrosadores adheridos a baquetas, para así poder agarrar con mayor facilidad el material y poder tocar instrumentos de percusión sin problema alguno. El uso de teclados apoyados sobre pies que regulan la altura, ayudan al paciente a tener un mejor acceso a las teclas. También empleamos cintas de cuero que se adhieren a ambos lados del acordeón, facilitando el manejo del mismo. Igualmente usamos cintas con velcro, que se prenden a la mano y a, por ejemplo, maracas, baquetas y sonajeros.

Por último, nos valemos de las adaptaciones tecnológicas. Son herramientas como por ejemplo, programas musicales, teclados adaptados, mouse virtual y switches. Estas ayudan especialmente a los niños con

dificultades motrices y en otros casos cognitivas, a crear música a través de la computadora.

Haremos hincapié en esta última adaptación, a la cual hace referencia el título del presente trabajo. Desarrollaremos, con ejemplos, el caso de un paciente (M.) que trabajó con gran éxito esta área, durante más de 4 años.

Inicio del tratamiento

M. es un joven de 15 años con un cuadro de parálisis cerebral con cuadriparesia atetósica. Tiene limitada su funcionalidad motora y verbal pero su área cognitiva está intacta, lo que le permite ubicarse en la realidad como cualquier joven. Desde los 10 años utiliza un adaptador para su computadora, que maneja con sus pies, permitiéndole escribir, dibujar y editar videos con su notebook.

Para que M. pudiera componer canciones con la ayuda de la tecnología, era importante que conociera los programas musicales, el manejo del software y hardware.

Comenzamos creando ritmos y melodías, sin el propósito de crear una canción. El objetivo era saber usar los programas y crear diversos sonidos. Paralelamente, fue imprescindible enseñarle aspectos teóricos musicales: los ritmos de distintos estilos (rock, pop, punk), acordes, escalas mayores y menores, etc.

Sus posibilidades intelectuales le permitieron comprender la teoría musical en su totalidad.

Proceso de composición

En primer lugar, hay que tener en cuenta siempre los potenciales de nuestro paciente. Sus limitaciones se podrán apreciar en mayor o menor medida.

Evaluaremos qué movimientos puede realizar, de qué manera se comunica, cuáles son sus capacidades cognitivas y qué estilos musicales prefiere.

Citamos el caso de M. que tiene parálisis cerebral atetósica, con una cuadriparesia. Esto quiere decir que tiene los cuatro miembros afectados, lo cual no le permite realizar los movimientos correctamente. A su vez, presenta movimientos involuntarios, característica típica del cuadro atetósico. A raíz de estos síntomas, el paciente realiza las actividades en la computadora con sus pies, apoyando su espalda contra un colchón. Es decir, mueve el cursor de la computadora con la ayuda de un teclado adaptado, el cual tiene teclas más grandes y accesibles para accionar.

Desarrollaremos los siguientes pasos para la facilitar el proceso de composición:

1. Tema de la canción: Con la ayuda de los pictogramas (símbolos, dibujos, letras), el paciente señala el dibujo indicado, el cual resume el tema principal de la canción.

2. Estilo: El musicoterapeuta le muestra a M. los diversos estilos musicales: rock, pop, reggae, reggaetón, clásico, tango, folklore, punk, alternativo, marcha, vals, etc. El paciente selecciona el que más desee.

3. Armonía: El profesional muestra una serie de acordes (mayores, menores, disminuidos, séptima, etc.), los cuales el paciente selecciona para su canción.

4. Lírica: Quizás la parte más difícil del proceso, pero no imposible. El paciente anota en la computadora una serie de palabras asociadas al tema que eligió. Luego el musicoterapeuta ayuda al paciente y las va uniendo, formando oraciones. Juntos, las van corrigiendo.

Estos pasos a seguir, son de alguna manera un "borrador" para crear la canción. Una vez terminada esta etapa, el paciente comienza a utilizar los programas de música en la computadora.

- **FruityLoops**: Este programa crea las bases de una canción. El paciente selecciona diversos instrumentos (batería, violines, guitarra, bajo). Compone un ritmo, armonías y la melodía específica de la lírica inventada. En ocasiones trabajamos con alumnos que no están capacitados para crear bases rítmicas, debido a, mayormente, trastornos cognitivos. Esto resulta una barrera para ellos, no comprender ciertas estructuras rítmicas. Sin embargo, este programa contiene una base de datos con ritmos pre - establecidos. Esto quiere decir que con un solo click del mouse, el alumno puede escuchar un ritmo (reggae, rock, pop, funk), y si le llega a gustar, seleccionarlo para una canción.

- **Cooledit**: Una vez finalizada la base rítmica, melódica y armónica de la canción, M. utiliza este programa para mezclar y masterizar correctamente los instrumentos y la voz grabada del terapeuta. También puede editar los archivos mp3 y agregarles eco, reverberación, distorsión, etc.

Una vez finalizada la canción, M. le agrega un video musical, adjuntando dibujos hechos en Paint y ediciones de fotos creadas por él. Todo con el programa Windows MovieMaker.

Recursos e ideas para el profesional

Un recurso que se emplea en el proceso de componer una canción, es el juego. Éste hace a la actividad más amena y entretenida. Si tenemos un micrófono en la computadora, podemos grabar la voz del paciente. Es para el mismo muy entretenido e interesante escuchar su propia voz y lograr con la práctica, reconocerla. De tal modo logra conocerse mejor, completando la imagen que tiene de sí mismo. Tenemos además la posibilidad de editar las grabaciones realizadas y modificar ciertos aspectos, tales como: altura, timbre, velocidad, reverberación, distorsión, entre otros. Resulta gracioso para el alumno escuchar su voz aguda o grave, más lenta o rápida o con un timbre de marcial. Son acciones que él mismo puede realizar, utilizando el programa.

Por otro lado es necesario aclarar que nuestro objetivo primordial es desarrollar la creatividad y demostrar que todos hacemos música. No le damos prioridad a lo estético o a lo armónico. De hecho, modificar ciertos aspectos de la melodía, sería eclipsar la creatividad del alumno. Consideramos importante brindar este espacio, para que el alumno tenga nuevas experiencias tanto intra como inter musicales. María Teresa Martínez, Licenciada en Pedagogía Musical, nos aclara que todos podemos disfrutar y hacer música. Lo único que cambia son los objetivos finales en cada persona. Destaca: "... lo más importante es el desarrollo del ser, no cuanto logra hacer".

Gracias a estos recursos, podemos crear un amplio abanico de posibilidades que desarrollen el potencial expresivo de cada niño. De este modo se le permite disfrutar de la actividad, crecer con el otro, en la experiencia musical.

Enseñando música: ¿Qué enseñamos?

Enseñar a tocar un instrumento va más allá de aprender a leer notas, ubicar correctamente los dedos o ejercitar una canción. Existen otros aspectos mucho más humanos y sensibles que hay que considerar a la hora de relacionarse con él.

Cuando un alumno intenta tocar una melodía más rápida o lenta, suave o fuerte, incorporándola a otras canciones, aparece el juego. Estar frente a un piano o una guitarra e improvisar, desplazando los dedos por las cuerdas, las teclas, despierta sentimientos de libertad. Componer una canción, buscando distintos tipos de intensidades, armonías, notas, titular la obra,

es desarrollar la creatividad y confianza en uno mismo. Proponer ideas, escuchar al profesor o terapeuta, al alumno, tocar en conjunto, intercambiar roles en la ejecución, fomentan el vínculo con el prójimo.

Me gustaría citar conceptos de Violeta Hemsy de Gainza, considerada un referente en materia de educación musical, a los cuales adhiero. Nos explica que la creatividad es sinónimo de movimiento y libertad. Aclara que: "La pedagogía del arte debería ser una pedagogía abierta, puesto que "abierto" es sinónimo de creativo, libre, experimental, como contrapuesto a fijo, cerrado, controlado, técnico, burocrático".

Estas ideas nos guían. Nuestro propósito es lograr que nuestros alumnos aprendan con entusiasmo y alegría, gracias a esta pedagogía abierta. Que propongan alternativas, disfruten, compongan y encuentren un espacio de libertad en la música.

Accediendo a estas enseñanzas, adaptaciones y recursos, sabemos que los pacientes encuentran un espacio donde los límites ya no lo son. Ahora son posibilidades y potenciales, ideas y hechos, obras de arte y modos de expresión. Los logros fomentan la autoestima del paciente y fortalecen su confianza. Lograremos que no solo crea, sino que sepa que no hay límite que impida su desarrollo musical.

Pedagogía musical adaptada

A raíz de la experiencia que tuvimos con M. decidimos profundizar en el tema y abrimos un departamento de pedagogía musical adaptada, cuyo objetivo es brindarle la posibilidad a las personas con discapacidad de crear y hacer música.

Este espacio fue creado para que personas con necesidades especiales puedan aprender a tocar un instrumento, tanto en la teoría, como en la práctica. Los 4 tipos de adaptaciones que presentamos son las que ayudan a que el alumno tenga menos dificultades para desarrollar su musicalidad. Como algunos niños con necesidades especiales, tienen muy desarrollada su musicalidad, pero sus limitaciones motrices les impiden ejecutar un instrumento musical adecuadamente, tenemos en cuenta que este departamento es un complemento que ayuda a desarrollar los aspectos musicales, de una manera más ágil y accesible. A la vez, enseñamos cómo utilizar los programas de música, base fundamental para crear melodías, armonías y ritmos.

El departamento de pedagogía musical adaptada se basa en los principios de aquello que en musicoterapia denominamos "musicoterapia instructiva". Dentro de este campo las personas con discapacidad se encuentran ante la falta de espacios para el aprendizaje musical. Reconociendo esto, creamos "Pedagogía musical adaptada", donde la experiencia de enseñanza musical es utilizada para tratar las necesidades especiales, específicas de cada alumno.

Referencias bibliográficas

- Federico, Gabriel, 2007, El niño con necesidades especiales, Kier, Buenos Aires, Argentina.
Alvin, Juliette, 1965, Música para el niño disminuido, Ricordi, Buenos Aires, Argentina
Clark, Cynthia & Chadwick, Donna, 1980, Clinically Adapted Instruments for the Multiply Handicapped, Magnamusic-Baton, St. Louis, Estados Unidos.
Perry, T. M., 1995, Music Lessons for Children with Special Needs, Jessica Kingsley, London, England.
Hemsey de Gainza, Violeta, 2002, "Pedagogía Musical - Dos décadas de pensamiento y acción educativa", Lumen, Buenos Aires, Argentina
María Teresa Martínez, Música y discapacidad

BELLEZA EN MUSICOTERAPIA

Eligiendo ir hacia la belleza: contribuciones desde la psicología, la espiritualidad y las neurociencias.

Autor: Paul Nolan

Traducción libre al español: Lic. Marcos Vidret

Definición Operacional de Belleza

- Considerada como Estética: Aquello que es dado inmediatamente a la sensorialidad
- A veces sinónimo de Estética
- Armonía, Virtud
- La Armonía de la Ética y la Estética
- Una relación equilibrada entre uniformidad, simetría y variación

Problema

- La mayoría de los musicoterapeutas reconocen cuando un usuario experimenta belleza
- Es difícil llevar esto a un lenguaje clínico
- No hay muchos registros bibliográficos sobre este tema
- ¿Cómo podríamos describirlo?

¿Porqué reflexionar sobre la Belleza?

- Investigaciones en Psicología Humanística y Psicología Positiva
- Descubrimiento en las Neurociencias de las "Neuronas Espejo"
- Interés actual para comprender la relación entre espiritualidad, salud y terapia
- Observamos usuarios que se orientan hacia la belleza. Necesitamos desarrollarla comprensión y las articulaciones sobre este fenómeno.

Belleza y Psicología Humanística

- Maslow la describe como el Valor-B
- Tenemos un anhelo natural por la belleza
- Activa Experiencias-Sublimes (peak experiences)
- Un ejemplo para la actualización del Sí-Mismo

Belleza como el Valor-B

- Valores del Ser (Being): Alcanzados por la persona, aparentemente durante las experiencias sublimes
- **Belleza:** (virtud; forma; vivacidad; simplicidad; riqueza; totalidad; perfección; completud; unicidad; honestidad);

¿Qué pueden experimentar las Personas Espirituales?

- Beck (1986) sugiere que una persona espiritual aquella que exhibe:
- 1) Insight y comprensión; una percepción de contexto y de perspectiva; 2) conciencia de la interconectividad de las cosas, de la unidad dentro de la diversidad, y de los patrones dentro de una totalidad; 3) optimismo; 4) aceptación de lo inevitable; 5) gratitud, alegría, humildad; 6) amor (lo característico por excelencia de la persona espiritual);

Contribuciones desde la Neurociencia

- Correlatos neurológicos de la Belleza
- Neuronas espejo
- Aplicaciones psicoterapéuticas

Correlaciones Neurológicas de la Belleza

- Kawabata and Zeki(2004) J. Neurophysiology, 91: 1699-1705
- Kant: “¿Cuáles son las condiciones implicadas en el fenómeno de la belleza y cuáles son los presupuestos que le dan validez a nuestro juicio estético?”
- Empleo de selecciones subjetivas de lo bello, lo neutral y lo feo en la obra de arte panorámica y retratos

Resultados: Áreas visuales del cerebro especializadas para:

- El procesamiento por categorías en la obra de arte
- Reconocimiento de regiones cerebrales que se involucran durante la percepción de un estímulo gratificante(corteza órbito-frontal) (esto era lo esperado)
- Corteza motora(¡Sorprendente!)
- No hay áreas específicas para la respuesta frente a imágenes feas

Belleza versus Neutral

- Circunvolución cingulada anterior: Implica una conexión entre el placer estético y las emociones.
- Corteza Parietal en la región de la atención espacial

Belleza y fealdad

- Modulan la actividad en las mismas áreas corticales del cerebro, pero la belleza tiene un mayor nivel de intensidad.
 - La fealdad incrementa la actividad en las áreas motoras en un mayor grado, quizá como una evitación.
- Enlace con la Musicoterapia: activación con las áreas de empatía y afecto.

Neuronas Espejo

- Células cerebrales mucho más especializadas y complejas que otras células cerebrales.
- Los circuitos neuronales son activados en una persona cuando lleva a cabo acciones, expresando emociones y experimentando sensaciones que son activadas de una forma generadora de cambios, automáticamente, a través de un sistema de espejo en el observador

Características de las Neuronas Espejo

- Comprensión: Acciones e intenciones Significado social de los comportamientos y las emociones de otros.
- Predicción a partir del comportamiento observado
- Pueden activarse desde el lenguaje y el canto
- Estarían presentes desde el nacimiento

Intersubjetividad

- El compartir inconsciente de estados subjetivos entre dos personas
- Similar al rol de la madre y la familia en el Espejo de Winnicott
- Incluye a la sintonización afectiva(Stern)
- Comienza en la infancia y se expande a través del tiempo
- Los comportamientos sutiles y los gestos faciales vinculados con las emociones generan una respuesta similar a través de las células espejo

Implicancias para Musicoterapia

- La respuesta en sintonía del terapeuta genera en el usuario una simulación representativa de la respuesta del terapeuta
- Los usuarios escuchan los componentes afectivos de su música en la respuesta del terapeuta
- Los resultados en los usuarios incrementan la habilidad para identificar estos estados en la música

Implicancias, continuación

- La música del terapeuta que está influida por un ir hacia la belleza –tanto a través de una respuesta en sintonía con la música de los usuarios o restringida en la motivación del terapeuta-, produce una simulación representativa en el usuario a través de las neuronas espejo.

Yendo hacia la Belleza en Musicoterapia

- Las chances de hallar belleza de nuestros usuarios se incrementan cuando el terapeuta demuestra un compromiso hacia la música
- Cuando el terapeuta es auténtico en su compromiso:
 - 1) Las señales desde el cuerpo del terapeuta y su expresión musical llegan al usuario inconscientemente a través de la percepción visual y auditiva
 - 2) El usuario tiene activadas las mismas neuronas espejo que las del terapeuta

Implicancias, continuación

3) Cuando el terapeuta se orienta hacia la belleza en la expresión musical, el usuario puede apaciblemente transitar el recorrido a partir de la sintonización inconsciente del terapeuta, descubriendo la belleza en la belleza.

Yendo Hacia la Belleza. Ramificaciones

- Puede servir como un acceso de otras dimensiones de la experiencia más allá de la estética
 - 1) Relaciones
 - 2) Encontrando significado/ Transformación
 - 3) Reducción del Dolor
 - 4) Despertar Espiritual

¿Qué es “Ir Hacia la Belleza”?

- En la medida en que la expresión musical de los terapeutas pueda promover y brindar sostén y regulación de las expresiones afectivas, habrá una mayor posibilidad que los usuarios puedan incluir en ellas elementos de experiencias sublimes y de autoactualización.

MUSICOTERAPIA: UN APORTE DESDE LA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

Mariana Nuzzi, Nuria Marsimian, Silvia Baetti

Musicoterapia. Servicio TEA Salud Mental Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contacto: mariananuzzi@yahoo.com.ar

Palabras clave

Trastorno del Espectro Autista (TEA)- Abordaje y objetivos de la Musicoterapia-Interdisciplina.

Introducción

Es en el terreno de la discapacidad, más precisamente si hablamos del Trastorno del Espectro Autista, donde la Musicoterapia ha tenido una probada efectividad y desarrollo convirtiéndose en una de las disciplinas más apropiadas para el tratamiento y la rehabilitación de la misma.

Los temas a tratar en el siguiente trabajo se mencionan a continuación:

- Características de la población TEA
- Descripción del Dispositivo Terapéutico del Hospital Italiano e inserción de la Musicoterapia en el mismo.
- Fundamentos Neurobiológicos
- Objetivos en Musicoterapia.
- Abordaje musicoterapéutico
- La Interdisciplina

Desarrollo

Características de la población TEA

Durante la década del 40, Leo Kanner fue quien en primera instancia resaltó los siguientes aspectos observados en casos de niños con autismo: soledad autista, invarianza ambiental, excelente Memoria, expresión inteligente, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real, limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

A mediados del siglo XX, Hans Asperger realizó una primera descripción de cuatro casos, la cual dio origen y forma al cuadro nosológico.

En el nivel más alto de funcionamiento del espectro autista se encuentra un trastorno conocido como Síndrome de Asperger, con los mismos deterioros principales que el autismo, pero también con algunas diferencias en el desarrollo del lenguaje, las habilidades

motoras y la originalidad de pensamiento (Asperger 1979).

Quienes comenzaron a desarrollar el concepto de Autismo considerándolo como Espectro Autista más que como una característica diagnóstica específica fueron Lorna Wing y Judith Gould quienes tras varias investigaciones dieron cuenta que los rasgos autistas no sólo estaban presentes en personas autistas sino también en otros cuadros de trastornos del desarrollo. Esto conllevaba a pensar que el autismo se podía asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales, que en un 75% se acompañaba de retraso mental.

Partiendo de esta premisa Wing desarrolló las tres dimensiones principales alteradas en el continuo autista: (1) trastorno de la reciprocidad social, (2) trastorno de la comunicación verbal y no verbal, y (3) ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa siendo esta última dimensión otra de las características específicas presentes en las personas con autismo. Posteriormente añadió la dimensión de los patrones repetitivos de actividad e intereses. Actualmente, siguiendo con la clasificación de DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales), los trastornos incluidos dentro del espectro del autismo o sea los denominados TGD, se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, presentando una variedad de expresiones clínicas siendo principalmente su causa el resultado de disfunciones multifactoriales tanto fisiológicas como neuropsicológicas. Las alteraciones del desarrollo descritas por el Manual DSM IV tienen que ver con: las habilidades para la interacción social, las

habilidades para la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Continuando con esta clasificación, dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo se incluyen: el Trastorno Autista, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil, el Trastorno de Asperger y el TGD no especificado. Es importante destacar que las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos no son concomitantes con el nivel de desarrollo o edad mental de la persona.

A modo general puede mencionarse algunas de las conductas musicales manifiestas en los niños autistas:

- Repetir segmentos de canciones escuchadas en distintos medios.
- Ritmo espontáneo
- Atracción por ciertos sonidos, timbres o fuentes sonoras
- Movimiento espontáneo ante cierto tipo de música

En base a estas conductas observables en muchos de los casos de niños con TEA es que se piensa la inclusión de la Musicoterapia como disciplina que pueda trabajar a partir de estas capacidades y a su vez fomentar y desarrollar otras, tanto musicales como no musicales (del lenguaje, la comunicación, la interacción social, etc.).

Descripción del Dispositivo Terapéutico del Hospital Italiano e inserción de la Musicoterapia en el mismo.

En el equipo TEA del Hospital Italiano, el tratamiento de los pacientes se piensa y se lleva a cabo de manera interdisciplinaria. Cada una de las disciplinas realiza su aporte específico en una mirada integral del paciente, suponiendo el trabajo en conjunto y objetivos comunes. Las terapias que los niños realizan en el servicio de TEA son:

- Fonoaudiología
- Psicología
- Psicopedagogía
- Psicomotricidad
- Musicoterapia.
- Psiquiatría: apoyo farmacológico.
- Orientación y apoyo a padres.

También una trabajadora social que realiza un informe socio ambiental en el domicilio de los pacientes y una psicopedagoga que hace el nexo con las instituciones educativas donde concurren los pacientes y con las maestras integradoras.

El equipo interdisciplinario realiza la evaluación de los pacientes a través de la implementación del denominado IDEA,

Inventario del Espectro Autista. En base a la descripción de las dimensiones del espectro autista desarrolladas por L. Wing al autor Ángel Riviere creó esta herramienta de evaluación. Describió a través de doce dimensiones alteradas en estas personas, con 4 niveles de afectación en cada una de ellas, representando así todo el espectro. Éstas son:

1. Trastornos cualitativos de la relación social.
2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas).
3. Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
4. Trastornos de las funciones comunicativas.
5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.
7. Trastornos de las competencias de anticipación.
8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
9. Trastornos del sentido de la actividad propia.
10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la suspensión.

Fundamentos Neurobiológicos

Parte de la fundamentación para la inclusión de la Musicoterapia en un dispositivo interdisciplinario de atención ambulatoria para niños con TEA es el estudio del desarrollo evolutivo de las funciones musicales, partiendo de la premisa de que todas las personas somos capaces de desarrollarlas más allá de presentar algún déficit o patología. Será necesaria también la comprensión del sustrato neurobiológico de la música y la implicancia cerebral en el procesamiento de la misma.

La actividad musical, es una de las pocas que posee carácter bi- hemisférico, en donde todo nuestro cerebro, a partir de la plasticidad neuronal, se pondrá en movimiento en pos de una experiencia musical.

Teorías basadas en la Neuropsicología brindan un espectro amplio para comprender el procesamiento de los estímulos sonoros y musicales por parte del sistema nervioso. El Dr. Del Taylor, neurólogo investigador de la relación entre la música y el cerebro, como basamento para su Teoría Biomédica de la Musicoterapia, explica el procesamiento cerebral de los estímulos auditivos:

“La naturaleza de la actividad cerebral en respuesta a las percepciones ha sido tema de investigación y debate a lo largo de estos años. Existen patrones de continua formación sináptica en respuesta a nuevos estímulos. Estos patrones pueden explicar los fenómenos observados en pacientes sin lenguaje verbal o aquellos con discapacidades físicas quienes de repente demuestran habilidades para cantar en forma completa una canción previamente aprendida para la cual solo se presenta el título o una frase musical. El canto es generalmente acompañado por reacciones emocionales positivas que son motivadoras y reforzadores. Estas reacciones se deben a una recurrente activación de las estructuras del lóbulo frontal conocidas como la corteza orbito frontal y el gyrus cingulado. La corteza orbito frontal intercambia información con estructuras del sistema límbico y recibe información de otros sectores del lóbulo frontal. Otra de las estructuras más importantes del sistema límbico que permiten las respuestas emocionales a la música y otros estímulos es la amígdala”. (Taylor, 2008)

Por su parte este autor desarrolla la idea de que una actividad musical, requiere de capacidades motrices, sensorio-perceptivas y cognitivas; abarcando además la emoción y la capacidad de expresión. Siendo una de las pocas actividades en la que intervienen ambos hemisferios cerebrales, la música permite, a este nivel, la posibilidad de modificaciones cerebrales estructurales y la plasticidad de algunas funciones del mismo. Partiendo de esta premisa, podemos aseverar que la musicoterapia posee una herramienta eficaz y técnicas específicas que la hacen capaz de habilitar y rehabilitar funciones neuronales. Llevando este concepto a niveles más concretos, observamos que tanto el hacer como el escuchar música, comprende al cuerpo en su totalidad (aparato motor y sensorio-perceptivo). La capacidad de comprensión de la música desde el poder evocar una canción hasta poder leer música nos demuestra que todas las funciones superiores intervienen en la misma.

Siguiendo con el Dr. Taylor:

“Queda claro entonces que los estímulos sonoros, en especial la música pueden ser estimulantes emocionales a partir de su forma o sus asociaciones significativas. Pueden tener un efecto sobre los patrones de procesamiento que tienen lugar en el cerebro del paciente. Consecuentemente, tiene un efecto predecible e identificable sobre las conductas observables resultantes de la actividad cerebral. Estas

conductas no son místicas o inexplicables. Son resultado de procesos neuropsicológicos activados por la estimulación musical”. (Taylor, 2008)

Conocer el carácter bi-hemisférico de una experiencia musical nos permite comprender que la música y el lenguaje verbal con dos sistemas diferentes de comunicación (los cuales funcionan en simultáneo cuando cantamos). El lenguaje sonoro y verbal poseen localizaciones cerebrales y desarrollos distintos, siendo ambos capaces de transmitir información, valores culturales y sociales, emocionales e intelectuales, de forma independiente y muchas veces complementaria.

La música es un lenguaje que facilita la socialización de los individuos y les implica el uso de un sistema expresivo que no encuentra paralelismo en otros sistemas simbólicos. De esta forma podemos apreciar que la actividad musical brinda hoy la posibilidad de examinar mecanismos que el cerebro organiza a la hora de coordinar varias operaciones simultáneas, permitiéndonos una comprensión que va más allá de la relación música-cerebro.

Tomar conciencia de que frente a una experiencia musical se ponen en juego funciones cerebrales distintas a las que se desarrollarían a partir del lenguaje verbal, nos permitirían cómo, por ejemplo, pacientes que no poseen o han perdido su lenguaje verbal pueden comunicarse a través de la música, o cómo pacientes que sí lo poseen encuentran en lo sonoro una vía distinta y facilitada para el despliegue de su malestar y/o la resolución del mismo.

Respecto de esto es importante mencionar el tema de la *Génesis de las Funciones Musicales* (Ferrari, K., 2007). Esta conceptualización comienza a tener total relevancia en estos últimos años en el terreno de la investigación en Musicoterapia. Varios autores musicoterapeutas y de otras disciplinas (educación musical, psicología de la música, psicología social, antropología, etc.) se encuentran estudiando acerca de la existencia de aptitudes musicales innatas inherentes a la especie humana que pueden ser ampliadas y desarrolladas posteriormente. Esto llevaría a pensar que cualquier persona, más allá de la existencia de una patología, podría relacionarse a partir del lenguaje musical. Tal como enuncia la investigadora en educación musical Mercé Monmany:

“Puede afirmarse, por consiguiente, que el ser humano posee una predisposición innata para la manifestación de conductas musicales, que le permiten usar y comprender unas determinadas formas de emisión sonoras (diferentes de las del habla) a las que puede otorgar un sentido expresivo y comunicativo. Por esta razón la música se considera un lenguaje, se convierte en un instrumento de expresión individual y de comunicación entre los miembros de una sociedad, en el que confluyen tres valores fundamentales: percepción, expresión y comunicación, que le confieren una dimensión equiparable a la de otros sistemas de lenguaje utilizados por el hombre.” (Mercé Vilaari Monmary, “Acerca de la educación musical”)

Por otro lado, es necesario comprender que estas funciones musicales que se irán adquiriendo a lo largo del desarrollo evolutivo normal de un niño serán moldeadas por el entorno cultural y la acción de los procesos formativos.

Poder determinar el desarrollo evolutivo musical en una persona permite a la Musicoterapia plantearse tres objetivos o metas principales en sus diferentes posibilidades de abordaje:

- Facilitar el desarrollo y crecimiento general presentando experiencias y aprendizajes necesarios para un paciente que está atravesando determinada etapa o estadio.
- Reestablecer o compensar alteraciones específicas del desarrollo.
- Trabajar sobre un problema de desarrollo recurrente para que pueda ser resueltos.

Objetivos en Musicoterapia

Algunos de los objetivos generales de las actividades en Musicoterapia son:

- Incrementar la cohesión grupal y las habilidades sociales
- Incrementar la atención
- Mejorar la coordinación motora fina y gruesa
- Mejorar la percepción auditiva, visual y táctil
- Redirigir la conducta no adaptativa.

Abordaje Musicoterapéutico

El abordaje de Musicoterapia con pacientes TEA está fundamentalmente centrada en el paciente. Todas técnicas, metodologías y actividades que se utilizan en sesión responden a los objetivos planteados específicamente para cada paciente.

Así, se consideran los aspectos cognitivos, sociales, comunicativos y emocionales del

paciente, sin excluir su dimensión motora y sensorial.

Para los aspectos cognitivos, existen actividades que favorecen:

- la atención conjunta,
- la ampliación del tiempo y de la calidad de la atención;
- la memoria de trabajo,
- la anticipación,
- la flexibilidad,
- los distintos tipos de memoria.

En cuanto a los aspectos comunicativos, las actividades apuntan a favorecer el lenguaje en su fase expresiva y comprensiva; el intercambio y la intención comunicativa; la construcción de códigos de comunicación por fuera del lenguaje verbal (gestos, lenguaje corporal, sonidos). También a nivel simbólico: jugar con música, favorece el acceso a otros niveles de simbolización (asociaciones, diferentes significados, etc).

El registro emocional, es uno de los puntos más fuertes a trabajar con los niños TEA. La música puede ser un canal importante de “escucha”, de percepción y de expresión de emociones. Actividades que evocan emociones básicas con apoyaturas visuales, con inclusión del cuerpo, pueden dar lugar a la exploración y reconocimiento de las distintas emociones de los niños.

En cuanto a las habilidades sociales, si bien con la mayoría de los pacientes se trabaja “uno a uno”, tenemos experiencias de “grupos de pacientes” (de 2 o 3 pacientes con el terapeuta) en los que se busca el intercambio entre los niños a través de actividades musicales: trabajo por turnos, tiempos de espera, imitación, cooperación... son algunas de las posibilidades a trabajar en Musicoterapia.

Las técnicas utilizadas corresponden al “trabajo con canciones”: canto conjunto, recreación de canciones, “completar canciones”, armado de secuencias de canciones, canciones que incluyen movimiento, canciones con onomatopeyas, canciones en las que exploramos la voz...

También se utiliza música editada para escuchar, bailar, reconocer sonidos y melodías, cantar, acompañar con instrumentos, relajarnos...

Las improvisaciones musicales terapéuticas son, en general, pautadas (IOM) y con un set instrumentas limitado. Se realizan cuentos con sonidos, secuencias musicales con distintos instrumentos, exploración de diferentes usos de los instrumentos, etc.

Todas las actividades tienen apoyo visual, utilizando “claves visuales” que favorecen la organización y la efectiva producción de las actividades, teniendo en cuenta que en los niños TEA, lo visual es un “punto de anclaje” para los pacientes TEA.

El set de instrumentos musicales consiste en instrumentos, mayormente rítmicos, de a pares (hay dos instrumentos iguales de cada tipo), una guitarra, un equipo de música, un grabador, un teclado. También se utilizan los juegos de mesa y de suelo que hay en el servicio, y se incluyen muchas veces en las actividades.

Conclusiones

Considerando los aspectos perceptivos y de producción musical, la Musicoterapia puede constituirse como una de las formas de estimulación cognitiva que pueden realizar los pacientes con algún déficit o discapacidad. Por todo esto es que la Musicoterapia, en este ámbito de la salud, tiene tanta relevancia. Y es así que los profesionales musicoterapeutas debemos continuar nuestra formación y especialización para brindar una atención adecuada a los nuevos requerimientos e investigaciones en el terreno de la discapacidad.

Referencias bibliográficas

- Bruscia, K. “Orígenes Musicales. Fundamentos del desarrollo para la terapia”. Artículo formalmente aparecido en: Proceedings of the 18th Annual Conference of the Canadian Association for Music Therapy. Canadá, 1991.
- Consejo de Autismo-Europa “Descripción del autismo”, 2000.
- Díaz Atienza, F; García de Pablos, C; Martín Romera, A. “Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo”. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4(2): 127-144.
- Ferrari, K. Hugo, M. Sanchez, V. Schapira, D.”Musicoterapia. Abordaje Plurimodal”. ADIM Ediciones, Buenos Aires, 2007.
- Gold C, Wigram T, Elefant C. “Musicoterapia para el trastorno de espectro autista”. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4.
- Monmany, M. “Acerca de la educación musical” Universidad Autónoma de Barcelona. Revista electrónica europea de música en la educación n°13, 2004.
- Taylor, D. “Biomedical Foundations of Music as Therapy”, 2008.
- Wigram, T. “El Diagnóstico de niños con Trastornos Comunicativos a través de la Musicoterapia”, Revista Música, Arte y Proceso, 1996.
- Wigram, T.; De Backer, J. “Contacto en la música. El análisis del comportamiento musical en niños con desórdenes en la comunicación y alteraciones en el desarrollo para un diagnóstico diferencial”. Jessica Kingsley Publishers, 2002.

MUSICOTERAPIA EN EL GABINETE DE PSICOPEDAGOGÍA Y ASISTENCIA AL ESCOLAR DE TIERRA DEL FUEGO

Ontivero, Julieta; Guzman M. del Pilar; Fernández, Gabriela L; Waczinsky, Mariela; Facio, Verónica.

Contacto: juliontivero@hotmail.com

Introducción

El siguiente trabajo describe la inserción de la Musicoterapia en el ámbito educativo de la provincia de Tierra del Fuego, detalla características del Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al escolar, antecedentes de la creación del cargo, el rol del Musicoterapeuta dentro de esta estructura y las intervenciones que se realizan desde esta área.

El Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar

El Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar es una institución pública que brinda atención clínica, pedagógica y preventiva a establecimientos de nivel Inicial, Primaria y Educación Especial.

Dicha institución funciona en las ciudades de Ushuaia, Rio Grande y Tolhuin y alberga a más de trescientos profesionales de diferentes disciplinas, tales como:

Areas Pedagógicas	Asistente Educacional
	Asistente Social
	Psicopedagogía
Areas Clínicas	Psicología
	Psicomotricidad
	Terapia Ocupacional
	Fonoaudiología
	Musicoterapia

El equipo directivo de cada ciudad está conformado por una Secretaria Técnica, una Directora y una Supervisora General de Gabinete

El Gabinete posee una sede central y un anexo con espacios de atención clínica tanto en la ciudad de Ushuaia como la de Rio Grande. La comuna de Tolhuin tiene profesionales de diferentes áreas que viajan a realizar las intervenciones desde esas dos ciudades Así mismo cada institución escolar en la Provincia cuenta con un equipo de profesionales, algunos fijos (Areas

pedagógicas) y otros itinerantes (Areas clínicas).

Antecedentes

El cargo de Musicoterapeuta ingresa al sistema educativo en el año 2006 por decreto, incluyéndose así en la Ley Provincial Nº 631, siendo el único cargo en el país que pertenece a una estructura particular dentro del Ministerio de Educación como es el Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar. Es importante destacar que hubo un significativo trabajo previo dentro de las instituciones escolares, con la Junta de Clasificación, Supervisión Escolar y la entidad gremial docente (Sutef) que han posibilitado el conocimiento de las incumbencias de la disciplina y habilitado su inserción formal dentro de esta estructura educativa. En ese momento se habilitaron 3 cargos uno para Ushuaia y dos para Rio Grande. A medida que la demanda se incrementaba se fueron creando mas cargos para las distintas ciudades.

Actualmente hay 4 cargos de Musicoterapeuta en el Gabinete de Psp. y Asistencia al Escolar en la Provincia de Tierra del Fuego:

- 3 cargos en la ciudad de Ushuaia (2 titulares y 1 interino);

- 1 cargo titular en la ciudad de Rio Grande.

El acceso a dichos cargos se realiza a través de un listado en la Junta de clasificación y disciplina.

Las primeras demandas al area de Musicoterapia eran generalmente a nivel individual, y para casos de extrema gravedad, luego debido al conocimiento de las incumbencias de la disciplina el rol amplio el ámbito de intervención a proyectos de atención grupal en escuela comunes y jardines.

Rol del Musicoterapeuta en el Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar.

El Musicoterapeuta (Mta) en el Gabinete de Psp. y Asistencial al escolar brinda atenciones individuales y grupales a niños escolarizados en nivel Inicial, Primaria y Especial de escuelas públicas de la Provincia de Tierra del Fuego.

Las derivaciones son realizadas desde las instituciones escolares, generalmente del equipo interdisciplinario, ya sea para atender a los niños en las sedes del Gabinete o dentro de la escuela. Una vez realizada la derivación el profesional acuerda con la el equipo de profesionales de la institución el tipo de atención que se realizara.

El Mta asiste a reuniones de área quincenales durante 3 horas a fin de tener momentos de encuentro con sus colegas y acordar estrategias de intervención, proyectos etc. El coordinador del área de Mt comunica y acuerda el trabajo realizado en una reunión quincenal con los otros coordinadores y la dirección de Gabinete.

Se realizan informes anuales de las intervenciones realizadas y planillas bimestrales y cuatrimestrales que son entregadas y visadas por el equipo directivo de Gabinete. Luego cada informe anual es enviado al legajo escolar del niño.

A continuación se detallan las actividades que realizan los Musicoterapeutas en el Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar en la Provincia de Tierra del Fuego.

Ciudad de Ushuaia. Anexo Isla San Pedro

Isla San Pedro es un anexo del Gabinete que consta con 7 consultorios en los cuales se brinda atención clínica desde diferentes áreas a niños derivados de las instituciones escolares.

Area Musicoterapia:

Intervención individual.

Intervenciones grupales.

Espacios terapéuticos grupales en inter-area (Psicomotricidad – Musicoterapia)

Reuniones del área de Musicoterapia quincenales.



Escuela Especial N° 1 “Kayu Chenen”

Esta institución posee dos Musicoterapeutas que realizan sus intervenciones en tres de los siete Servicios que hay en ella. El Mta es parte de un equipo de 15 profesionales de Gabinete que intervienen dentro de la institución.

Musicoterapia en el Servicio de TGD:

- Intervención individual.
- Intervenciones grupales: Taller de expresión sonora y movimiento (Musicoterapia – Psicomotricidad)
- Ateneos con docentes y directivos
- Trabajo con padres.
- Reunión semanal con equipo interdisciplinario.
- Interconsultas con otros ministerios (salud – desarrollo social)

Musicoterapia en el Servicio de Multi-impedidos:

- Intervención individual
- Ateneos con docentes y directivos.
- Trabajo con padres.

- Reunión semanal con equipo interdisciplinario.
- Interconsultas con otros ministerios (salud - desarrollo social)

Musicoterapia en Proyectos específicos:

- Intervención individual
- Ateneos con docentes y directivos.
- Trabajo con padres.
- Reunión semanal con equipo interdisciplinario.
- Interconsultas con otros ministerios (salud - desarrollo social)

Otras Instituciones escolares donde trabajan Musicoterapeutas:

Escuela N° 24

Intervenciones grupales interdisciplinarios.

Escuela N° 22:

Abordajes individuales
Abordajes grupales (con grupos totales de diferentes grados), con acompañamiento de Asistente social, Psicopedagoga, según que grupo lo requiera.
Reuniones con equipo interdisciplinario escolar
Reuniones con docentes con los cuales trabajan los niños que asisten a musicoterapia de manera grupal o individual.

Escuela N° 9:

Abordajes individuales
Abordajes grupales (con grupos totales de diferentes grados) incluyendo a la docente
Abordajes mini-grupales (grupos reducidos de tres a seis niños de la misma edad).
Reuniones con equipo interdisciplinario escolar, y en algunos casos con profesionales del gabinete que trabajan en otros espacios del gabinete (en los anexos, por fuera de la escuela), con los niños que asisten a musicoterapia.
Reuniones con docentes con los cuales trabajan los niños que asisten a musicoterapia, y con el equipo directivo de la Institución.
Reuniones y entrevistas con padres de los niños que asisten a musicoterapia mini grupal o individual.

Escuela N° 16:

Abordajes grupales (con grupos totales de diferentes grados) con acompañamiento de Asistentes sociales.
Reuniones con equipo interdisciplinario escolar.

Reuniones con docentes con los cuales se trabaja en los grupos, y con el equipo directivo de la Institución.

Jardin N° 10

Abordajes individuales
Abordajes mini-grupales (con grupos reducidos de dos o tres niños)
Abordajes grupales (con grupos totales de sala de 4 y sala de 5 años)
Reuniones y entrevistas con los padres de los niños que asisten a musicoterapia.
Reuniones con equipo interdisciplinario escolar.
Reuniones con docentes de los niños que asisten a musicoterapia

Jardin 19:

Abordajes individuales
Abordajes mini grupales
Reunión y entrevistas con los padres de los niños que asisten a musicoterapia
Reuniones con el equipo interdisciplinario (Psicopedagoga, Asistente social, Psicomotricista) y en algunos casos con profesionales del gabinete que trabajan en otros espacios del gabinete (en los anexos, por fuera del jardín), con los niños que asisten a musicoterapia.
Reuniones con los docentes de los niños que asisten a musicoterapia y con el equipo directivo.

Ciudad de Río Grande

Dentro de esta seccional del Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al Escolar la atención que se brinda desde el área de Musicoterapia es individual a niños de las Escuelas Especiales N°2, N°3 y a niños de los Jardines de Infantes con necesidades educativas especiales que requieran un abordaje interdisciplinario.

El equipo conformado por: 3 psicólogas, 3 psicopedagogas, 2 psicomotricistas, 2 fonoaudiólogas, 1 tarapista ocupacional y 1 Mta.; funciona en la sede ubicada en el Barrio la Flor en la calle Kawi, desde el año 2005, en una instalación destinada para tal fin con 5 consultorios, 2 baños y sala de espera. Cabe aclarar que la incorporación del Mta. fue a principios del 2007 y se continúa.

En los primeros años de funcionamiento las derivaciones eran realizadas desde el equipo de gabinete de las escuelas especiales, con una ficha de admisión y una breve reseña del caso. Actualmente son los padres y/o tutores de estos niños que asisten a entrevistas con el área de psicología tras consulta

espontánea, y en las reuniones semanales se decide los profesionales que van a intervenir en el caso y las estrategias a seguir.

Todas las instancias de intervención realizadas por este equipo interdisciplinario son registradas en un legajo individual con el historial de cada niño. Los niños en atención pertenecen a una población etaria que va desde los 3 a los 17 años de edad.

Equipo Interdisciplinario Sede Kawi: área de Musicoterapia

Atención individual de niños con diversas patologías como: irregulares motores, débiles mentales, déficit visual y auditivo.

Atención de niños de Nivel Inicial con NEE (necesidades educativas especiales)

Atención en pareja terapéutica inter-área.

Reuniones con docentes y directivos

Trabajo con padres.

Reunión semanal del equipo interdisciplinario.

Interconsultas con otros agentes intervinientes. (salud)

Reunión mensual con equipo de gabinete de las escuelas especiales.

Informe anual de cada caso.

Conclusiones

En este trabajo, se presentó cómo trabaja el Musicoterapeuta en el ámbito educativo y más específicamente en el Gabinete de Psicopedagogía y Asistencia al escolar en Tierra del Fuego, en diferentes Instituciones, y con distintos abordajes.

Es importante, en este caso, destacar la inclusión del cargo de musicoterapeuta en las Instituciones Educativas, diferenciándolo del cargo de docente de música (ya que a su vez, cada institución educativa posee este cargo como materia curricular), tanto en escuelas especiales como en otras escuelas y en consultorios del gabinete. También, el funcionamiento en equipos interdisciplinarios conformados por otros profesionales, además de musicoterapeutas, (Asistentes sociales, Asistentes Educativos, Psicólogos, Psicopedagogos, Psicomotricistas, Fonoaudiólogos, Terapistas Ocupacionales), donde hay posibilidad de un trabajo más integral, haciendo el seguimiento de cada niño y cada caso en particular, no solo con los profesionales intervinientes, sino también con las familias y los docentes de las instituciones.

EL MUSICOTERAPEUTA ANTE EL NUEVO PARADIGMA EN SALUD MENTAL: ¿NUEVO PARADIGMA PARA EL MUSICOTERAPEUTA?

Laura Rossi

Contacto: laurarossimt1@hotmail.com

Introducción

Este trabajo surge del desafío de pensarnos como profesionales de la salud mental, ante este nuevo escenario: La nueva ley de salud mental, 26.657, promulgada en noviembre de 2010. La misma propone un cambio de paradigma en la comprensión del padecimiento mental y su tratamiento. Y como plantea la misma "Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas"³⁹.

Algunos de los principales puntos, pertinentes a esta presentación se pueden resumir en:

- Cambio de paradigma para la comprensión de la enfermedad mental (al psicobiológico le incorpora lo histórico social como otro factor determinante constitutivo de la problemática)

- Se reconoce al sujeto con padecimiento mental como un **sujeto de derechos** (entre otros el de conocer los tratamientos posibles, el por qué y el para qué de los mismos)

- El criterio de internación se basa en el Riesgo real e inminente, no en la presunción del mismo. La internación es el último recurso y la misma nunca debe obedecer a causas sociales.

Los tratamientos y las decisiones sobre los mismos quedan en manos de **Equipo tratante** que debe estar conformado por profesionales de disciplinas diversas.

En este contexto, el equipo de musicoterapia del Hospital Moyano, llevando adelante su labor desde la Rehabilitación psicosocial, sustenta desde hace varios años su práctica clínica, sobre fundamentos básicos, consecuentes con esta nueva ley. El participante de musicoterapia es considerado un SUJETO, y no un objeto plausible de ser tratado.

La promulgación de esta nueva Ley otorga a nuestra práctica musicoterapéutica un lugar instituido, reconociendo estas bases teórico/éticas sobre las cuales nos hemos sostenido: pensar al paciente psiquiátrico como sujeto de derechos, participante activo de su

tratamiento, con capacidad para tomar decisiones acerca del mismo y de su futuro. Al mismo tiempo entendemos que estamos frente a un sujeto social, apartado de sus vínculos primarios y comunitarios, situación que potencia los rasgos de su cuadro psicopatológico y va en detrimento de su propia salud.

El escenario de la salud mental se ha visto modificado y en este sentido el musicoterapeuta ha logrado otro status dentro del equipo interdisciplinario en el cual está inserto. Su firma junto a la de otros profesionales avalan una internación o un alta, se eleva en un informe a un juzgado para justificar el tratamiento realizado en la institución pública, por mencionar solo los aspectos más concretos de esta realidad.

Fundamentación

El paradigma socio-histórico desde el cual se está comprendiendo en la actualidad la salud mental, reconoce la impronta social que se imprime en los sujetos que padecen este tipo de trastornos. Esta impronta madura en el avance de la comprensión del padecimiento más allá del diagnóstico médico, considerando también la problemática social en la cual está inmerso, entendiendo que ésta no empieza ni termina con un diagnóstico concreto y la medicación indicada. Uno de los mayores problemas es que la identidad personal queda teñida por el estigma que encarna quien padece alguna de estas enfermedades. Un sin cesar de malestares se unifican entre las fronteras trazadas del cuadro psicopatológico y el encierro institucional. Sintomatología biológica y encierro comenzaron a significarse en pos del detraimiento del sujeto. La escasa interacción de este con su entorno comunitario lo empujó a habitar sin más su padecimiento mental, privando en él núcleos de salud que debían retroalimentarse con sus vínculos y proyectos. Concluida la etapa aguda del cuadro, la retención del sujeto en la institución por aspectos macro familiares o micro sociales, lo desligaron de aquellos hábitos que diariamente debía reasumir

³⁹ Ley Nacional de Salud Mental 26657, Cap. II, artículo 3

como sujeto actuante. El sujeto se convierte así en paciente objeto de la institución total⁴⁰ que todo o casi todo hace por él. El nuevo paradigma que aporta esta nueva ley modifica la condición de paciente. Entre otras instancias, se concibe entonces, repensando el concepto de enfermedad que encarna el paciente para habilitar el de sujeto en rehabilitación o en recuperación, promoviendo el potencial de sus posibilidades.

Esta comprensión socio- histórica del padecimiento pone en escena muchas otras cuestiones que atraviesan al sujeto, una de ellas es LA CULTURA. En este contexto, la música es primariamente la manifestación de ciertas ideologías, saberes y sentires culturales que nos representan, que dice algo tanto de lo que somos en lo particular, como lo que somos como seres sociales. Even Rudd afirma: "La música se muestra como vehículo para representar los temas dominantes de la ideología o cultura predominante"⁴¹. La música como elemento cultural masificado parece ser un distintivo que identifica a simple oído, la pertenencia social de quien la escucha. La gran variedad de géneros musicales surgidos durante las últimas décadas han dado cuenta de la representatividad que esta abarca. Ya no solo podemos escuchar tango, sino que también podemos seleccionar que rama del mismo nos personifica con mayor plenitud. De la vieja guardia a Piazzola y de este al tango electrónico, por citar solo algunas de las tendencias, dan cuenta **de la correspondencia establecida entre la música y su capacidad intrínseca de representar lo individual perteneciendo a lo colectivo.**

Sobre la base de la diversidad musical en la cual estamos inmersos, nuestra identidad se construye a partir de un recorte particular. Ese recorte es una de las materias primas naturales de la práctica musicoterapéutica. En el ámbito que nos compete, la institución se ha ocupado de borrar ese rasgo cultural y personal, imponiendo sólo el de su lógica: el de la enfermedad, el de la homogenización de pensamientos y sentires. En el abordaje del enfermo mental y sobre todo en el paciente crónico, ese recorte particular al que nos

referimos no es el punto de partida, sino el que afanosamente intentamos que surja. Recuperar aquella porción cultural que define nuestra identidad singular es, (además de un volver a insertarse en la cultura compartida por todos y no la "cultura del manicomio") la posibilidad de crearse nuevamente como sujeto, que ya no será como aquel. Este será, seguramente uno de los principales objetivos de la clínica musicoterapéutica con esta población.

Desarrollo

La musicoterapia en el hospital Moyano se presenta como un espacio subjetivante. Espacio en el cual se intenta desarticular la mecanización de la rutina, tan común en las instituciones manicomiales que promueven colocar al paciente en el lugar de objeto. El proceso musicoterapéutico apunta a la emergencia del sujeto. Así la persona puede ir recuperando su historia para construir, en la medida de sus posibilidades, un proyecto. Crear, entendido como posibilidades diversas de ser, crear sin ataduras preconocidas, no hay algo nuevo a-histórico, pero sí, inaugural⁴². Algo de lo que se revive resulta diferente. Y se escucha diferente. La musicoterapia orientada hacia la rehabilitación psicosocial, intenta generar espacios en los que la creación se propicie. Lo revivido suena, y se elabora desde otra dinámica. El contenido analógico del sonido sitúa al sujeto en su condición de tal ya que lo convoca generando emoción. El musicoterapeuta, abocado a la rehabilitación psicosocial del enfermo mental, no basa su intervención en "readaptar" sujetos para la vida en común, sino más bien todo lo contrario. La canción, por ejemplo, recurso sonoro musical elegido con predilección por nuestros pacientes, permite un moldeado singular, el que cada usuario hace, transformándolas en producciones sonoras propias. El abordaje a partir de este recurso, invita a adoptar una acción transformadora, a crearse como sujeto con capacidad. La persona así no se adapta pasivamente al medio, sino que lo acepta y lo transforma (o se transforma) para integrarse a él.

La clínica musicoterapéutica invita a la creación.

La lic. Claudia Banfi, nos dice: "La práctica de la musicoterapia aloja una vincularidad

⁴⁰ Goffman, E. en Rodríguez, A. (coord.)(1997) *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (P. 425) Madrid: Pirámide.

⁴¹ Rudd, E (1993). "El concepto de música en musicoterapia" en *Los caminos de la Musicoterapia*. (P. 159). Buenos Aires: Bonum.

⁴² Banfi, C. (2005) *Rigor Poético*. (Tesis de licenciatura en Musicoterapia), Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.

orientada hacia el ejercicio posible de la libertad. Consiste en la promoción y búsqueda de momentos de creación. Se sustenta materialmente en las diversas formas de manifestación de la música”⁴³

La práctica de la musicoterapia con personas que padecen trastornos mentales graves y duraderos se orienta a fomentar el encuentro de persona a persona (y no persona/ objeto como la institución sostiene). Se posiciona en las posibilidades del otro, le permite reencontrarse con su historia desde una mirada creadora, no como repetición incansable de la misma situación, sino jugar con ella, integrarla a la realidad actual y proyectarse hacia el futuro sabiendo quién se es y con qué recursos se cuenta para enfrentar nuevos desafíos.

El abordaje grupal como escenario posible en el cual se despliega el proceso musicoterapéutico constituye un espacio de socialización escasamente promovido por la institución. Las psicoterapias individuales son funcionales a cierta rigidez vincular como es la de terapeuta-paciente, pilar en el viejo paradigma biologista que aún mantiene la institución, el cual esta nueva ley intenta modificar. La falta de ejercitación de roles que plantea esta realidad, enajena en el sujeto su posibilidad de ser también, otros, de representar su ser social⁴⁴. Así las cuantiosas horas de asilo resultan anónimas e individualistas. Posibilitar una red de relaciones, promueve el establecimiento de vínculos y el ejercicio de roles diversos.

Desde musicoterapia entendemos la necesidad de crear un espacio de encuentro con el otro, espacio que no siempre constituye un grupo, solo es esbozo y reflejo de la realidad fragmentada que habitan los sujetos. La practica grupal genera una apertura a la instancia comunitaria, al

acercamiento con el otro par, diferente y necesario. El espacio grupal plantea un “campo de problemáticas”⁴⁵ (A.Fernandez) en el cual, según sucede dentro del pabellón de internación, el sujeto representa la realidad de la cual es parte. Generar espacios de intervención plural reproduce una red de relaciones simultaneas que nos acercan al afuera. La música como agente cultural agrupa y conquista, la canción recordada por varias nos presenta a un otro posible de ser encontrado.

Conclusión

La nueva ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes policausales, cuya preservación y mejoramiento liga profundamente a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de las personas. Sostiene también que la presencia de enfermedad mental no implica necesariamente riesgo o incapacidad de quien la padece. Propone además que el tratamiento debe llevarse a cabo en la misma comunidad a la que pertenece el sujeto y la reinserción social, pasa a ser el principal objetivo. Estas son básicamente las diferencias establecidas con la legislación anterior.

Por lo planteado anteriormente referido a la clínica musicoterapéutica, sostenemos que la Musicoterapia en Rehabilitación psicosocial implementada en el Hospital Municipal “Dr. Braulio A. Moyano” desde hace ya más de cinco años, da cuenta de que este “nuevo paradigma” no es tal para quienes día a día recorremos el Hospital psiquiátrico construyendo junto al otro, una subjetividad ligada a la salud.

⁴³ Banfi, C. (2005) Rigor Poético. Tesis de licenciatura en Musicoterapia, (p. 10). Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.

⁴⁴ Castoriadis, C. (1992) El estado del sujeto hoy. En *Psicoanálisis. Proyecto y elucidación*. Buenos Aires: Nueva Visión.

⁴⁵ Fernández, A. M.(2002). Introducción en *El campo grupal. Notas para una genealogía* (P.23). Buenos Aires: Nueva Visión

MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. HOSPITAL PEDRO ELIZALDE. CASO Z.

Sal Moyano, Ma. Consuelo, Lic Mta Gisele Millenperier

Contacto: mackisal@hotmail.com

Introducción

En el presente trabajo nos proponemos desarrollar un abordaje interdisciplinario teniendo en cuenta la Estimulación Temprana y la Musicoterapia. Para dar cuenta del mismo expondremos un caso clínico de una paciente internada en la Unidad de Terapia Intermedia del Hospital Pedro de Elizalde, en el cual ocupamos el cargo de concurrentes, dentro del área de Musicoterapia.

Con respecto al marco teórico planteamos una articulación entre la Musicoterapia y la Estimulación Temprana.

Vale destacar que si bien en el presente trabajo proponemos abordar dicha articulación, dentro de la Musicoterapia específicamente, nos basamos en dos vertientes: la Musicoterapia Neurológica y la Musicoterapia Psicodinámica. Consideramos que ambas presentan múltiples convergencias lejos de estar dissociadas. En primer lugar, porque debemos partir de que el ser humano no es un ente fraccionado sino que es una unidad bio psico socio espiritual. En segundo lugar, porque creemos que si bien las intervenciones fueron pensadas desde un punto de vista neurológico (ya que se ofrecen estímulos con el propósito de estimular diversas pautas madurativas), creemos que todas estas cuestiones deben ser resignificadas desde el punto de vista psicodinámico, es decir, teniendo en cuenta el aspecto emocional, psico- afectivo⁴⁶

Desarrollo

Antes de exponer el caso clínico, nos parece pertinente aclarar que teniendo en cuenta la Estimulación Temprana, consideramos más adecuado hablar de intervención temprana. Decimos esto porque pensamos que en nuestro trabajo por un lado se estimulan diversas pautas madurativas, pero debemos

partir primordialmente de favorecer la vinculación madre- hijo. Es decir que debemos plantear un concepto más abarcativo, Intervenir porque si bien por un lado se tiene en cuenta el desarrollo evolutivo psicomotor normal, se evalúa la existencia de posibles desviaciones y a partir de allí se estimulan diversas pautas madurativas acordes a la edad del niño, apuntamos fundamentalmente a facilitar una buena vinculación de la díada madre-hijo, para que sea ella quien cumple dicho rol.

¿Por qué es tan importante favorecer una buena vinculación madre-hijo?

En relación a esto, debemos tener en cuenta que en la sala de Terapia Intermedia, los niños esta sometidos continuamente a manipulaciones constantes de los médicos, en un ambiente ruidoso, muchas veces aislados de sus madres por largos períodos de tiempo, cuestiones que influyen indefectiblemente en el aspecto emocional y psíquico, tanto del niño como de la madre. En esta última se generan ansiedades, temores que de alguna manera pueden obstaculizar la vinculación con su bebé.

En esta sentido, debemos considerar que muchas veces trastornos psicomotrices tienen que ver con una falla en esta interacción de la díada madre-hijo y no con una cuestión puramente orgánica. Si una madre no puede ofertarle estos intercambios afectivos al niño, este último puede adoptar diversas conductas: apartar la mirada, desconexión con el medio ambiente, agitación, interacción deficitaria, trastornos de su imagen mental y esquema corporal, etc.

Caso clínico

Z es una niña con una edad cronológica de cinco meses al inicio del tratamiento, presentando el siguiente diagnóstico médico:

- Prematurez,
- EPOC postviral;
- Hipertensión pulmonar secundaria;
- Neumonía multifocal;
- Desnutrición.

⁴⁶ Esta cuestión se desarrollará con mayor profundidad en la exposición oral del trabajo.

Diagnóstico situacional

Al inicio del tratamiento la madre (J) visitaba a la niña irregularmente, por tener otros cinco hijos y por motivos laborales, según sus palabras. De los cuatro hermanos de la niña, solo la hermana mayor la visitaba esporádicamente y se quedaba al cuidado de ella.

Características generales del cuadro: Paciente con internación prolongada, padeciendo un estado de excitación continuo, movimientos de hiper-extensión generalizada, escaso contacto visual y seguimiento de la fuente sonora y, fundamentalmente, una carencia afectivo-emocional materna que le proporcione un sostén y una contención.

Características físicas del cuadro:

- Posición supina (decúbito dorsal):
- -Predomina el patrón de flexión tanto en MMSS como en MMII.
- -Por momentos tiene reacciones de Hiper-extensión (sobre todo en MMII).
- Presenta contacto visual y seguimiento de la fuente sonora.
- Presenta línea media.

Posición sedente:

- Escaso control cefálico y de tronco
- Reflejo de Moro.
- La traqueotomía dificulta su respiración en esta posición.
- No presenta defensas anteriores.
- Presenta prensión palmar, pero tiene muy poca fuerza en los dedos de los MMSS.
- Intenta asir los objetos que se le presentan pero tiene escasa motricidad fina, con lo cual los deja caer.

Posición de pie:

- Hipertonía generalizada
- Persistencia del reflejo de Moro.

Proceso musicoterapéutico

Objetivos generales:

- Establecer una relación mediante la cual la niña pueda reconocernos como un Otro significativo.
- Favorecer la organización corporal de la niña en el marco de un contexto no verbal.
- Promover el deseo de la niña, dando un sentido y un significado a sus manifestaciones, apuntando a su estructuración subjetiva.
- Promover y reforzar la vinculación de la díada madre-hijo
- Favorecer un ambiente lúdico para promover pautas madurativas acordes a su edad cronológica.

- Propiciar un ambiente que nos permita disminuir o inhibir sus estados de agitación, y excitación.

- Promover un encuadre de sostén y contención que nos permita trabajar la influencia emocional del cuadro (tanto físico como emocional)

Objetivos específicos:

- Facilitar una estimulación sensorial
- Estimular la propiocepción mediante un constante contacto corporal.
- Promover la estructuración del esquema corporal mediante el uso de canciones.
- Apuntar a la unificación de su imagen mental.
- Facilitar el contacto visual y seguimiento de la fuente sonora.
- Aumentar su campo visual ofreciéndole estímulos que le resulten interesantes.
- Disminuir o inhibir su estado de agitación y excitación constante mediante la utilización de canciones y de “estímulos concordantes”.

Encuadre

- Lugar físico: unidad de terapia intermedia.
- Inicio de los encuentros: 28 de octubre de 2010
- Frecuencia de los encuentros: dos veces por semana.
- Duración: 30 minutos aproximadamente.
- Modalidad de tratamiento: en coterapia por cada encuentro.⁴⁷
- Recursos utilizados: set de estimulación sensorio-perceptiva: pelota cepillo, gasas, oso de peluche; egg- shakers, metalofón de juguete; Kalimba; diversos objetos-sonoros pequeños (pandereta de juguete, maraca de juguete, etc).

Estructura de los encuentros

- Variable según necesidades emergentes de la niña:
- Saludo verbal
- Canción de bienvenida
- Trabajo con objetos sonoros estimulando diversas pautas madurativas.
- Canciones que hacen referencia al esquema corporal.
- Estimulación sensorio-perceptiva mediante diversos elementos.
- Canción de despedida

⁴⁷ Al hablar de coterapia nos referimos a que existe una terapeuta principal y otra que cumple el rol de “yo auxiliar”.

Fundamentación de las herramientas utilizadas.

Utilización de canciones:

Es preciso destacar que las canciones utilizadas, fueron seleccionadas teniendo en cuenta el cuadro de la niña, quien, como dijimos, presentaba un estado de excitación continua, movimientos de hiper- extensión, espasmódicos, generalizados.

Se trataba entonces de canciones con una tonalidad definida, sin cambios bruscos ni modulaciones, intensidades bajas, y con una estructura estable de tal manera que la niña pueda anticipar, lo que iba a suceder.

Por otro lado, trabajamos con canciones que hacen referencia al esquema corporal, con el propósito de favorecer la estructuración del mismo.

A su vez, incluimos canciones que nos permitían trabajar diversas nociones espaciales (arriba- abajo), así como también promover diversas pautas madurativas (línea media, contacto visual, etc.)

Por último, dentro de esta herramienta (canción), apuntamos a favorecer “estímulos maternos concordantes”.

Partiremos de este concepto, descrito por Stern como una de las primeras interacciones de una madre con su hijo, para vincularlo con una de nuestras intervenciones dentro del abordaje que proponemos.

Estos estímulos son los que realiza la madre a través de varios canales de comunicación diferentes. El tono, las características de la voz, el movimiento de sus manos, la forma en que sostiene al niño, etc. emiten mensajes corporales cualitativamente tan semejantes en cuanto a intensidad y tiempo, que darían una sensación de coherencia y unidad. De esta manera la madre calma y satisface a su hijo mediante esta actividad tranquilizante a la cual el niño experimenta como una unidad sensorial.

Ahora bien, cuando hablamos de estímulos concordantes en relación a nuestras intervenciones partimos de lo que la madre manifiesta en la vinculación con su hijo. Muchas veces sucede que por sus estados de ansiedad, angustia, desequilibrio emocional, etc., las mismas no están en “sincronía” con su niño, obstaculizando esta cuestión la interacción afectiva con su bebé.

De esta manera, el recurso musical nos permite guiar a la madre y abrir canales de comunicación en donde cada estímulo que le presente al bebé tenga cierta “coherencia” y se presente como una unidad en relación a los demás. Por ejemplo, si una madre está

ansiosa, y tiene dificultades para calmar a su hijo, solemos introducir una melodía con un tempo relativamente lento, una intensidad baja, sin cambios bruscos y con una tonalidad establecida. Esta intervención no verbal, sonoro-musical hace que la madre pueda “sincronizar” su tempo con el tempo del niño, lo cual la conduce a un estado de mayor equilibrio en relación a su vinculación con él. A su vez, esta intervención a través de la melodía que es un estímulo sonoro, conduce a la madre a que sincronice dicho estímulo con la forma e intensidad de mecer al niño, de acariciarlo, etc. (estímulos propioceptivos, estímulos táctiles). Por este motivo es que hablamos de “estímulos concordantes” que deben presentarse con cierta coherencia y unidad sensorial.

Utilización de objetos-instrumentos sonoros:

Dentro de nuestras intervenciones, incluimos la utilización de diversos instrumentos: egg-shakers, Kalimba, metalofón de juguete, pinkullo, etc.

Los mismos tienen determinadas características:

Son pequeños, de colores llamativos, producen sonidos de intensidad relativamente baja, no dan lugar a disonancias, presentan diversas texturas, temperaturas, etc.

Partiendo del trabajo con los mismos se apunta a facilitar diversas pautas madurativas siempre a través del vínculo de la madre con el niño. Es decir que en todo momento se incluye a la misma en dichas intervenciones y se la guía para que sea ella quien promueva dichas pautas madurativas (seguimiento de la fuente sonora, contacto visual, control cefálico, simetría corporal, etc).

En este punto podemos hablar de una de las funciones de maternaje (Winnicott): la presentación objetal (objet-presenting). Esta función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al infante para que pueda hacer real su impulso creativo. En “La relación inicial de una madre con su bebé”, lo describe así: “La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos.” La presentación objetal promueve la realización del niño. Por el contrario, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real.

Estimulación senso perceptiva

En relación a esta herramienta, partimos del concepto de Integración Sensorial que propone Jean Ayres: "Proceso neurobiológico de organización de los sistemas sensoriales que tiene nuestro sistema nervioso central, para poder usarlos con eficacia." De esta manera, le ofrecíamos a la niña, objetos de diversas texturas, temperaturas, colores formas, sonoridades, tamaño, etc, con el propósito de favorecer dicho proceso. A través de este último entonces, el niño puede sentir con su propio cuerpo y utilizarlo en forma adecuada dentro de su ambiente, lo que le ayudará a desenvolverse en todas las áreas de su crecimiento y desarrollo.

Cada sistema sensorial capta la información que ha sido transmitida al cerebro y posibilita la habilidad para interactuar eficazmente con el medio.

Sostén y contención

Otra de las funciones de maternaje de las que habla Winnicott es la de sostenimiento; factor básico del cuidado materno y corresponde al hecho de sostenerlo (emocionalmente) de manera apropiada en un momento de "dependencia absoluta". Se refiere a la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé y está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño: la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente, y otras ansiedades.

Teniendo en cuenta esta función, al intervenir se procuraba sostener y contener desde el contacto corporal, la voz, el canto y mediante todas las intervenciones realizadas desde el contexto "no-verbal".

Encuadre lúdico

En cuanto a nuestras intervenciones nuestro objetivo principal es propiciar un encuadre lúdico basado fundamentalmente en la vinculación entre la madre y el niño. Como dijimos, en este contexto, las madres atraviesan situaciones estresantes ya sea, por patología del niño, permanencia en el Hospital, muchas veces indeterminada, entre otras.), suelen presentar un alto grado de angustia, ansiedad y diversos sentimientos que pueden obstaculizar la vinculación con su hijo. Es así que nos proponemos establecer un espacio lúdico diferente a las otras disciplinas que intervienen en el área en donde la madre pueda despojarse de todo este encuadre amenazante y se disponga a compartir un momento lúdico que le permita

conectarse afectivamente con su hijo. En dichas escenas lúdicas le damos un sentido y significado a cada una de sus manifestaciones, anticipando un sujeto en ellos, con el propósito de favorecer su estructuración subjetiva.

Por otro lado, debemos considerar algunos aspectos relevantes en cuanto al juego en sí mismo.

Winnicott afirma que el juego es la ocupación más importante que tiene un niño. Según este autor, cuando el niño juega, lo hace en un espacio transicional. Un espacio de transición entre el mundo interno y el mundo externo del niño.

Consideramos al juego como estrategia principal en el trabajo, por ser la actividad central y constituyente en la vida de todo niño, por ser el espacio en el cual este "se produce" como sujeto deseante y porque como expresa el autor anteriormente mencionado (Winnicott): "El jugar no es una mera acción, es sinónimo de salud, facilita el crecimiento y contribuye al desarrollo de las relaciones".

Evolución del tratamiento

Inicio del tratamiento:

- Movimientos espasmódicos, torpes generalizados de miembros superiores e inferiores.
- Estado constante de malestar emocional, llanto.
- Hipertonía generalizada e hiperextensión.
- Frecuencia cardíaca extremadamente alta (estado de excitación constante).
- Poca tolerancia a los estímulos y a los cambios de posición.
- Escaso control cefálico y de tronco (la cabeza basculaba hacia delante y atrás y hacia ambos lados).

Actualmente:

- Cuerpo más "organizado" (disminución de movimientos globales)
- Disminución de la intensidad y frecuencia de su estado de malestar manifestado con llanto.
- marcada disminución de la hipertonía.
- Disminución de la frecuencia cardíaca ante intervenciones sonoras.
- Mayor tolerancia a las intervenciones y a los cambios de posición.
- Mayor control cefálico y de tronco.

Conclusión

A partir de este trabajo, y específicamente en relación a este caso clínico, pudimos evidenciar que el abordaje que proponemos, en el cual articulamos la Musicoterapia con la

Estimulación Temprana, nos permitió atender las necesidades tanto físicas como psico-emocionales de la niña. En este punto hacemos hincapié, una vez más, en la importancia de considerar al sujeto como una unidad, y no como un ente fraccionado (unidad- bio-psico-socio-espiritual).

De esta manera, este caso nos permitió poner en evidencia que la Musicoterapia, a partir de sus particulares recursos y herramientas, abarca en forma integral necesidades psicofísicas y comunicacionales tempranas del niño dentro de un marco predominantemente no verbal sonoro-musical.

EL DESTINO NO SABIDO O DE CÓMO SE CONSTRUYE UNA OREJA COLECTIVA

Marisabel Savazzini

Contacto: msavazzini@uolsinectis.com.ar

Palabras clave

Oreja – Comunitario – Subjetividad – Antropología – Improvisación Libre – Entorno Sonoro – Ruido / Silencio. Paisaje Sonoro. Escucha.

Síntesis

El presente trabajo recorre diferentes paradigmas respecto de la búsqueda de conceptualizaciones en relación a la **escucha**. Una escucha que pretenderá ubicarse en el plano de la producción más que en el plano de la pasividad. En los diferentes ejemplos extraídos no solo de la vida cotidiana, sino de trabajos de etnografía sonora, así como también de films, publicidades, y bibliografía, se intenta rescatar el semblante novedoso, único, singular y a la vez comunitario y social de una escucha que no se conmina al sometimiento de un único sonido potente que domina y conquista el mundo. Con la utilización del significant: **Oreja**, se ubicará a la escucha en una posición pequeña, sutil, de aquellos pequeños sonidos y ruidos que entran las ciudades y las comunidades.

Introducción

La producción de la subjetividad⁴⁸ nos dispone a quiebres con el saber. Hay zonas cuya materialidad, por textura, rareza, incongruencia, no coincidencia, no correspondencia, proponen un encuentro con la extrañeza y el asombro. La Aleatoriedad, la no yuxtaposición, la no historicidad, de algunos acontecimientos, sean estos, hechos o decires, en muchas ocasiones se nos presentan como extranjeros. Asomarnos a ese abismo supone perdemos en un destino fortuito, no sabido de antemano de nuestras existencias.

Este devenir incierto acontece. No podemos hacernos los distraídos ante la inmanencia en la superficie de objetos desconocidos. Ciertas afirmaciones modernistas que proponen un determinismo lógico, una búsqueda de verdad unívoca, un sentido unilateral, deben correrse, para dar paso a los relatos plagados de enigma. Y ciertas banderas posmodernistas, que tenderán a saberlo todo, a la luz de la Era Digital, de la Visibilidad absoluta por el ciberespacio en donde nada, absolutamente, nada queda a oscuras, deberán perderse en la misma visibilidad que las creó. No todo se puede ver, ni todo se

puede saber, ni todo se puede conectar, gulear. No porque no tengamos que saber, sino porque no lo podemos saber todo. Correrle el velo a lo obtuso, dejarse de espejar en lo obvio, al decir de Barthes, invitarse a transitar las callejuelas no tan iluminadas, al decir de Alejandro Ariel, proponen un recorrido en el que tal vez nos encuentre entre otras cosas, con lo porvenir, con lo que toca lo imprevisto, lo no trazado de ante mano, una promesa de seducción hacia la **Improvisación libre**⁴⁹.

Es desde esta petición que comienzo este escrito, con la salvedad entonces, de que sabrán disculpar la aparición de cosas no sabidas.

Desarrollo

“Treinta radios lleva el cubo de una rueda; lo útil para el carro es su hueco”.

LaoTse

Los aristotélicos proponían el Horror Vacui, en referencia al miedo que la naturaleza le tiene al vacío. Asimismo los orientales creen que el vacío es el cetro de la realidad más profunda. Del derrotero del vacío en sus diferentes paradigmas se procurará este

⁴⁸ Refiero a producir actos que conllevan el compromiso deseante del sujeto. Chance de determinación y de afirmación de aquellos actos, devenidos en lenguaje, acciones, que producen ruptura con lo naturalizado, con lo consabido, lo supeditado, o con la creencia.

⁴⁹ Improvisación Libre (Rodríguez Espada) como paradigma desde el cual pensar no solo en las áreas estrictamente musicoterapéuticas clínicas, sino también, como forma de pensar el devenir de los actos, los discursos, como práctica *improvisatoria*, espejada en todas las dimensiones del sujeto, cotidianas, políticas, éticas, mediáticas, etc.

relato continuar interrogando y reflexionando. Asimismo propondrá ubicar a la escucha, desde una proposición en donde la **oreja**, significante que de ahora en más utilizaremos, sea la productora de sonidos, quien desaloja una posición más pasiva, y se convierte hacia un signo que la potencia, y la posiciona en territorios de enunciación, de sorpresa, de enigma, y de devenir insospechado.

Proponemos ahora un recorrido, en cuya senda, el devenir de esta oreja cobra diferentes sentidos, y ella misma, ya independiente de quien escribe, hace dueto, con aquel par dialéctico que la conmueve.

Oreja / Japón

Ciertos territorios de ausencia de sonido, tal es el caso, del panorama desolador que se vivió en Japón, luego del Tsunami / Terremoto. Cierta "dolor por el **silencio**", forma que han utilizado los cronistas / periodistas, para pensar el dolor por el vacío. En condiciones extremas, los habitantes de Japón, viven este "dolor por el silencio". Son la desolación del **entorno sonoro**, el arrasamiento de las envolturas, de las esferas⁵⁰, en términos de Sloterdijk, del **ruido** callejero, de las voces pequeñas y grandes de los japoneses los posibles orígenes de este dolor. Se ha hablado y ha investigado acerca del dolor psíquico, el dolor corporal, pero: ¿del dolor por ausencia de sonido? ¿Como será vivir en territorios en donde la emergencia en la superficie de lo incierto, lo extraño, lo no consabido se hace presente, invade, y cubre toda la zona, todo el hábitat?. La irrupción hecha carne, hecha silencio extremo, invade toda la zona con un grado de obtusidad que produce dolor. Proponemos trazar una línea entre la posibilidad de comenzar a dar sentido a la emergencia de lo no sabido, lo no conocido, tanto en el plano subjetivo individual, como en el plano colectivo / **Comunitario**. Seguramente los japoneses tendrán que de a poco, comenzar a ponerle sonidos a esa devastación. Encontrar en la tierra desolada, en el mar que ha revuelto y parece haberlo hundido todo, nuevas frecuencias audibles, para que el entorno vuelva a cobrar sentido,

⁵⁰ Cecilia Kiektik en su tesis: "La Envoltura Sonora del Artista", hace referencia al Territorio, aludiendo a un lugar en donde está presente la dificultad de marcar los contornos de un Territorio Sonoro. Retoma al filósofo Alemán Peter Sloterdijk quien habla de las esferas, como aquellos lugares que el hombre habita, se construye para vivir. Kiektik dirá: "...el artista busca envolverse para trabajar. Una suerte de huevo que alimenta...".

nuevo, otro, pero dotado de condición de posibilidad de creación de lo audible.

Oreja / Antropología de la Escucha

En la obra El Sonido, Michel Chion habla de la imposibilidad de vivir en un lugar vacío de sonidos. En las reuniones que solemos mantener en **Antropología de la Escucha**⁵¹ enunciamos la extinción de la especie humana, en relación a la no existencia no solo de envolturas y entornos sonoros sino la imposibilidad de sobrevivir a la ausencia de la música concebida como "hecho musical" (Molinó, J: 1998). A la perspectiva que propone ubicar al Ruido, en términos de diabólico o sagrado⁵², proponemos situar la interrogación en términos de subjetividad, de construcción permanente de sentido que la escucha evoca y pide. No se tratará entonces de pensar en una ciudad silenciosa, sino un "de cómo" esa trama se subjetiviza cobrando sentido no solo individual sino colectivo, geográfico y epocal.

A la excesiva producción de ruido en las ciudades encontramos una salida Bachelardiana: El autor en su obra "La poética del Espacio", propone convertir al París furioso de ese entonces en imágenes propias que inventan a un sujeto: otro. Ya no pasivo y sufriente de esa ruidosidad, es un sujeto que empoderado de imágenes, crea metáforas que acompañan esta escucha. Dirá Bachelard: "Cuando el insomnio, mal de los filósofos aumenta con la nerviosidad debida a los ruidos de la ciudad (...) encuentro mi paz viviendo las metáforas del océano. Se sabe que la ciudad es un mar ruidoso (...) Entonces convierto esas imágenes manidas (sic) en una imagen sincera, una imagen que es mía, como si la inventara yo mismo, según mi dulce manía de creer que soy siempre el sujeto de lo que pienso" (Bachelard: 1965, 59)

Oreja / El Secreto de sus ojos

Este trabajo propone evocar uno de los últimos films argentinos de Campanella "El Secreto de sus ojos". En él se ve una escena increíblemente transparente respecto de lo que sería vivir en silencio, ausencia en este caso de la voz humana. En la escena se puede ver a uno de los personajes, autor del

⁵¹ Asociación Civil sin fines de Lucro, creada a mediados del año 2008 cuyos objetivos son la investigación de la contaminación acústica y el derecho a la Escucha. Más adelante en el texto se completarán más datos.

⁵² Murray Schafer denomina Ruido Sagrado a aquel que produce una sociedad en progreso, y el Ruido Satánico o diabólico será el que es entendido como opuesto al progreso espiritual del hombre.

homicidio de la joven, a quien el marido haciendo justicia por mano propia, lo sentencia a vivir el resto de sus días en el encierro y silencio más absoluto, en un hábitat hostil, en donde solo le proveerá alimento y agua para evitar su muerte. El homicida le pide, le ruega al personaje que encarna Ricardo Darín, que le diga a su carcelero que por favor le hable. Esto nos hace nuevamente focalizar hacia estas zonas en donde el sujeto humano, entre otras cosas, descriptas desde diferentes perspectivas, sociológicas, psicológicas, antropológicas, es un sujeto hecho de sonidos. Podríamos preguntarnos aquí: ¿un sujeto puede sobrevivir / habitar en entornos de silencio extremo? Ustedes me dirán, en este caso, el homicida de la película, no le está pidiendo sonido – materia a su carcelero, sino palabra. Podremos argumentar esta hipótesis desde el paradigma del sujeto humano, hecho humano, por el tejido del lenguaje, de la palabra. ¿Pero por que no también tejer probabilidades vinculadas a la imposibilidad de existir en entornos de ausencia de sonido? Más allá de la palabra significada, la ausencia de la materia sonora. ¿Por qué no pensar que ese personaje le está pidiendo materia⁵³ sonora, soporte del habla, voz, para continuar su existencia?

Oreja / Minereros Chilenos

Otra circunstancia de aislamiento extremo y bastante cercano en el tiempo es el acontecimiento ocurrido con los mineros en Chile. Por derrumbamiento de la mina, debieron estar confinados encerrados hasta su rescate. Los Hombres que habitaron en el socavón de la mina, pidieron música, regueton, cumbia y rancheras para subsistir en estas condiciones en donde solo el entorno les devolvía el eco de sus voces, o algún otro ruido proveniente de la convivencia allí.⁵⁴

⁵³ La Lic. Claudia Banfi, en su libro: "La Potencia Grupal" (ver Bibliografía), hace referencia a una diferenciación propuesta por la Lic. Gabriela Paterlini, respecto de Materia / Material / Sentido, sobre lo cual no nos detendremos, pero que proponemos al lector que desee profundizar el tema, recurra a este texto. Así como también cabe mencionar que estas conceptualizaciones se encuentran en la fundamentación del Diseño Curricular de la Carrera de Licenciatura de Musicoterapia en la Universidad Abierta Interamericana, Sede Buenos Aires.

⁵⁴ Recomendamos la lectura de 'Capítulo de Eduardo Losicer: "Devenir Grupo Perfecto", del libro, "La Potencia Grupal", quien relata la intervención clínica en grupo de personas que integran una plataforma petrolera. A partir de este texto (oreja) se propone a futuro como línea de fuga investigar lo que acontece en este tipo de dispositivos

Oreja / Mediático

En una publicidad televisiva de producción nacional asistimos a lo mediático, a un intento de normatización de los sonidos callejeros. El **Paisaje sonoro** de la ciudad intenta ser ordenado en su transmisión mediática. La publicidad muestra como ocho músicos instalados en una terraza de un edificio de una ciudad que podría ser Buenos Aires, sonorizan los acontecimientos nocturnos de un instante ciudadano. Claramente se puede oír al comienzo sonidos temporalmente ordenados, isocrónicos, timbres que intentan homologarse, fundirse, con lo visual. Esto es, por ejemplo, un ostinato agudo para sonorizar el sonido de un avión, golpes rítmicos para sonorizar la imagen de un hombre que se puede ver por la ventana está practicando boxeo, y así hasta culminar con una música ordenada, melódicamente complaciente, que da el broche final ante la aparición del auto de la publicidad. Volviendo a Bachelard también podríamos permitirnos una lectura a la manera de la poética del espacio, esto es: pensar en metaforizar una ciudad genéticamente ruidosa, en una ciudad devenida en melodiosa, a la manera de ese Paris hecho oleaje, hecho océano.

Oreja Pequeña / gran Oreja universal

Advertir que la **escucha** es además de un ente sustantivo una manera de relación con el otro, una forma, un tejido social, una "descripción densa" al decir de Geertz. No escuchamos en soledad, no hay una oreja, sino todas las orejas, no hay una sola interpretación, sino todas las interpretaciones constituyendo una nueva especie dentro de tantas posibles formas taxonómicas para reconocer la escucha: una auralidad colectiva. El yo escucho, parafraseando al yo enuncio o el yo hablo, es una acción que implica y nos implica en un lenguaje social, con el otro, con la trama, con lo comunitario, con lo social. Hay otro que formatea mi escucha y yo produzco la escucha en otros. Algo así como una oreja que habla, activa, parlante y sorpresiva. No ya una oreja voyeurista y conminada a solo escuchar. ¿Será posible entonces, pensar en una gran oreja, una gran antena que escucha y es escuchada? No en términos de Gran Oreja Universal, de manera tal de tejer enunciaciones universales para todas las culturas, sino retomando a Geertz, pensar en

de encierro extremo (Instituciones totales) en relación a la escucha, la conexión con los sonidos, la música.

una cultura en minúsculas, pequeña y particular, de una comunidad determinada, de un lugar y espacio singular, de manera tal, que esa escucha no esgrima condiciones universales para todos, sino sea portadora, por su condición ontológica, de una singularidad, de una subjetividad epocal, en donde podamos trazar ciertas similitudes, rasgos y pinceladas, que nos unan, pero también otras que nos diferencien, que nos distancien, tanto en lo sustantivo como en las formas de relación.

De hechos y hechuras habla Eiriz en su último texto *producto y producido para la SIL*, dirá Eiriz: “Existe un conflicto entre ser Hechuras de la cultura y ser Hacedores. Es necesario ser hechuras, es una de las condiciones de pertenecer a ella y vincularnos con los otros. Pero también es necesario ser hacedores.” (Fernando Ulloa hacía esta interpretación). Este conflicto nos tiene ocupados a algunos, no sin cierto malestar. A lo mejor la salud mental se juega en esa dialéctica. ¿Cuánto hay de hechura y de hacedor en cada uno de nosotros? (Eiriz: 2011)

Y así continua su escrito posicionándose en el lugar del artista que por el beneficio que le otorga ser un hacedor, se libraría de ese malestar que nos aqueja, ya desde que Freud lo viene anunciando. Podríamos permitirnos continuar con la idea, de que tal beneficio les concede no solo a los artistas, sino a todo aquel modesto ciudadano que se pregunte, que se interrogue por este supuesto *mar de lágrimas* o mejor dicho supuesto *mar de ruidos* en el que inexorablemente debemos estar condenados.

Oreja / Complejidad

Juan Gil López en su texto *La auralidad consensuada: Paisaje sonoro y redes sociales*, plantea la posibilidad de alejarnos de cierta epistemología academicista, que interpreta los procesos a través de los cuales el sujeto urbano está – escucha – produce sonido. Cita a la complejidad de E. Morín, pero propone dar una vuelta de rosca más al sentido otorgado desde los sitios académicos, legitimados únicamente por claustros universitarios. Cito textualmente el trabajo de Juan Gil López, quien rescata palabras de John Cage a la hora de pensar las prácticas sonoras, como prácticas sonoras complejas: “Recuperemos una vez más el paralelismo con las prácticas musicales que nos ha dejado el siglo XX concretamente con las propuestas de John Cage sobre la indeterminación. Del mismo modo que el músico estadounidense

sitúa al compositor como el encargado de “poner procesos en marcha (en los que) no tenemos un conocimiento claro de su principio ni de su final”, o declara “mi música favorita es la música que todavía no he escuchado” podríamos poner en práctica la complejidad desde una vertiente procesal más que permaneciendo en investigaciones ligadas estrechamente a las estructuras cognitivas de quien investiga.”. (Gil López: 2007)

Oreja / Escucha Cotidiana

La experiencia en la calle desde la observación y escucha de lo que ocurre en el ámbito público nos permite abrir las orejas, para dejarnos llevar por eso, del otro, de los otros, de lo callejero, que se vuelve para hacernos preguntas, para proponernos un dialogo. En la Tesis *La envoltura sonora del artista*, Cecilia Kiektik toma a Sloterdijk, un autor que nos habla de envolturas. El autor propone la imposibilidad del hombre de vivir en la nada. Kiektik, citará al autor alemán quien dice: “El hombre siempre es un arquitecto de interiores, por lo tanto se construye esferas”. (Kiektik: 2006). Una vez más perspectivas, paradigmas para pensar la posibilidad de vivir o no en la nada.

Antropología de la Escucha se crea en el 2008 en esta ciudad inspirada en la Tesis de licenciatura citada en el párrafo anterior. A partir de aquí la decisión es posar la mirada, más precisamente diremos, *poner la oreja* en estas cuestiones. Leyendo trabajos etnográficos, informes, artículos y literatura vinculada a este objeto, nos encontramos con la eventualidad de recortarnos en un grupo que tal vez, piense y genere una posición a través de la cual interrogar, interpelar la Escucha, y no tanto las variables de la Producción de Sonido / Ruido.

En lo personal, las zonas de investigación e interrogación siempre han sido las **comunitarias**. Los 3 años de tertulias con los amigos de Antropología de la Escucha han sido soporte de estas interrogaciones. ¿A dónde arribamos?: a ningún lugar, hacia donde vamos: a lo incierto. Hacia esa música que todavía no he escuchado, al decir de Cage. Porque volver, es imposible, al decir de Alicia, ya que es imposible retornar, ya que siempre se está en otro lugar.

Vamos al encuentro de un continuo estado de escucha, de registro, de necesidad de hacer crónicas de estas experiencias de escucha callejera. Reunirnos y charlar acerca de estas experiencias etnográficas, y volvernos a preguntar, volvernos a asombrar con las

palabras. Pasar por esos impasibles estados al decir de Barthes, con una lógica de sentido mutante. Percibir que con el transcurrir de las reuniones, de manera no isocrónica, que íbamos recorriendo diferentes estados, en los que literalmente nos encontrábamos en sitios más y menos tolerantes a eso que tanto nos molesta: El ruido insoportable de la ciudad. Jugando a la construcción de un gran Manifiesto de la Escucha es que descreemos en la posibilidad de comprar una ciudad sin ruido, a la manera de cómo se recrea una ciudad en el film "La Antena" que habiéndoles quitado la voz a los hombres propone una ciudad áfona. Esta afonía no es nuestro fin. Apostamos al entramamiento de los escuchadores ciudadanos. Apostamos a que esta envoltura es necesaria. El tema es tal vez interrogar, interpelar ciertos niveles, ciertos decibeles, los hasta donde, los mucho, los poco, la tolerancia, la intolerancia, los territorios de lo privado y de lo público. Algo que tocaba lo puramente fantasmático individual se transformaba en angustia colectiva. Algo había para corregir, para solucionar, para concientizar. ¿Refiere esto a regular, representa tal vez, a controlar los niveles de un ruido comunitario que necesita emerger? Y sí tal vez, sea eso, en principio, pero también muchas cosas más.

Oreja / Lo microantropológico

Una investigación antropológica desarrollada al interior del banco de imágenes y efectos visuales, sobre la producción de colecciones etnográficas sonoras desarrolladas en la Ciudad de Porto Alegre nos trae gestualidades semejantes respecto de nuestro posicionamiento de escucha microantropológica, singular y nueva. Citaré textualmente a Luiza Carvalho da Rocha quien dice al respecto: "En la etnografía sonora la descripción de los lugares, los excesos y los placeres que configuran la vida social en una forma, son aquí aspectos fundamentales de esa microantropología. La escucha de las sonoridades de los objetos y artefactos, tales como platos, botellas y vasos, al interior de los bares, teteras, cubiertos y ollas en las viviendas, son cambiados y tocados, siendo esparcidas las distintas melodías de las voces, de las conversaciones, risotadas y chistes; las bocinas de los autos, las bicicletas, o los ruidos de los frenos y pinchaduras de neumáticos, en el asfalto o en los adoquines, silbatos de fábricas, los sonidos de los gestos del punteo de una guitarra, de los susurros secretos al oído por los enamorados, de la aspirada de un

cigarrillo, del burbujear de una bebida en un vaso, todo se compone de datos sensibles de la vida colectiva que conforman un ambiente urbano en su manifestación más banal."⁵⁵ (Carvalho da Rocha, Ana Luiza y Vedane, Viviane: 2008).

Releyendo un escrito del año 2007 en el que me pregunto acerca de la construcción de Entornos Sonoros y Necesidades básicas Insatisfechas y los posibles tabicamientos a los que un sector de la ciudadanía accede por intermediación del poder económico, y la imposibilidad a la que deja a estos sectores con las NBI, que por cierto, estarán en situación de pobreza, pero son personas que escuchan, no son sordos. Cito textualmente el trabajo: "... desde un punto de vista exclusivo, ya que solo las personas con alto poder adquisitivo pueden acceder a las alternativas de solución que brindan estas empresas. Empresas que captaron esta realidad y se han dedicado a fabricar aislantes sonoros, tabiques, puentes aéreos, paneles acustizados..." (Savazzini: 2007).

Vinculado también a los Efectos del ruido comunitario, un estudio realizado en la Universidad de Málaga, en donde los autores distinguen la complejidad del fenómeno, argumentando los efectos no solo en términos de variables susceptibles de ser medidas por los famosos decibelios, sino aquellos atributos, que ellos categorizan como aspectos de *sonoridad* o de *componente psicológico*. De esta manera los autores ponderan no ya la categorización de la vibración, sino al sujeto que escucha, estableciendo diferencias respecto de: "la edad, la satisfacción residencial, el control ejercido sobre la fuente sonora, la predicción del estímulo acústico, las actitudes y creencias respecto al ruido así como el grado de sensibilidad de los individuos expuestos a la contaminación acústica" (Martimotugues, Gallego y Ruiz)

Oreja Prácticas de Control / Oreja Productora y Potente:

Las experiencias relatadas por la Orquesta del Caos, Barcelona, denotan, prácticas también vinculadas a cierta propuesta de control, desde una perspectiva foucaultiana, pero por parte de los emisores de ruidos. Los altoparlantes, las sirenas, las músicas que provienen de los autos, las excesivas bocinas, los chirridos de los frenos de los colectivos, las alarmas incesantes de los autos, todas nuevas formas de ruido callejeras dispuestos

⁵⁵ Traducción de la Autora.

para que el derecho a la escucha se vea cercenado. Considerar estos paradigmas en donde ciertas estructuras, protoestructuras, legislan, modelan, construyen megalómanamente, la auralidad del mundo, será pensar que el tejido de hechos y hacedores de los que hablábamos en párrafos anteriores, está herido, quebrantado, doliente, e inexorablemente perdido. Retomando entonces la idea de pensarnos como sujetos cuya oreja se construye y deconstruye constantemente, una oreja hecha pero también *potente hacedora* al interior de las aldeas, al interior de cada pueblo, de cada esquina, pondera la idea de poder pensar en un paradigma libertario, que permite al sujeto, descreer de esos grandes sonidos que pueblan el mundo y lo destruyen, a la manera de las bombas sónicas en la segunda guerra mundial. Por lo tanto, siguiendo este casi *megalodrama* hasta podríamos permitirnos la vuelta de sonoman, aquel personaje que viene a combatir el ruido de manera tautológica: con el ruido mismo. Apostar a la construcción de una auralidad colectiva que milita y pergeña pequeños e insignificantes tramas sonoras en donde la tenuidad, la opacidad, la obtusidad, lo incierto, lo no codificado, aquello de lo todavía no escuchado, lo porvenir, al decir de Cage, es posible. Aun en las grandes megalópolis, sentenciadas por la OMS como las ciudades más ruidosas del mundo. Hablar de estos temas, lenguajearlos, *Maturanamente*, es lo que ha posibilitado que cierta fantasmática de la queja, que cierto paradigma de bandera ecológica con tintura verdestiaga desteñida por el paso de los años, se transforme en interrogación, en una oreja que habla, en una oreja que no solo se puede decretar al padecimiento, sujeta y objetivamente posicionada, sino que puede ser una oreja producto de causación hacia lo porvenir, hacia la producción de lo propio, de lo inefable, de lo no codificado, que irrumpe y nos modifica. Una oreja dispuesta a producir sonidos desordenados, sutiles, inaudibles, desmilitarizados, desnormatizantes. Sonidos que tanto en su morfología, en su sustantividad como en la manera de ubicarse con los otros sonidos, perciben una oreja, diferente, una oreja colectiva, no ya individual ni individualista, sino una oreja, que provoca escucha diversa, ya no tan dispuesta, parece ser a escuchar lo controlado, lo que controla, lo inobjetablemente invariante, sino, lo

impasiblemente descontrolado, a-disciplinante,⁵⁶ desnormatizado, por lo tanto libertario, revolucionario, ético y subjetivamente colectivo.

Jean Luc Nancy titula su libro *A la escucha*, metaforizando la dedicación hacia ese constructo que parece tan esquivo, tan materialmente, innaturalizado, desmantelado de objetividad. A la Escucha, dedica su texto el francés, postulando la soberbia de algunos filósofos que hablan y poco escuchan. A la escucha también yo le dedico este humilde o texto, pero a esa escucha singular, colectiva y potente. A la escucha portadora de esta **oreja** que como vimos se ha liberado hasta de quien la escribe, cobrando sentido propio y singular. Una escucha de los bordes, fina y delgada como la membrana timpánica, una escucha creadora y productora de sonidos. Insospechada, enigmática, y *que está dispuesta a escucharnos*.

Referencias bibliográficas

- Antebi, Andrés y González P y Alonso Cambrón, M y Gari, Clara y otros. *Espacios Sonoros y Tecnopolíticas y Vida Cotidiana. Aproximaciones hacia una Antropología Sonora*. Recuperado el 4 de noviembre de 2007 en <http://antropologia.cat/files/Dosier>.
- Ariel, Alejandro. (1984). *El estilo y el acto*. Cap.: "Ética, prensa y poder". Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Bachelard, Gastón. (1965). *La poética del espacio*. España: Fondo de Cultura Económica de México.
- Barthes, Roland. (1986). *Lo obvio y lo obtuso*. Buenos Aires: Paidós.
- Campanella, J. (2009). *El Secreto de sus ojos* (Film CD). Buenos Aires – España.
- Carvalho da Rocha, Ana Luiza y Vedane, Viviane. *La representación imaginaria, los datos sensibles y los juegos de la memoria: los desafíos de campo en una etnografía sonora*. Recuperado el 1 de Julio de 2009 en [Http://www.antropologivavisual.cl](http://www.antropologivavisual.cl).
- Chion, Michel. (1999). *El sonido. Música cine y literatura*. Trad: Enrique Folch González. Barcelona BA. México: Paidós.
- Deleuze, Gilles. (2005). *La lógica del sentido*. España: Paidós.
- Díaz, Esther editora. (1998). *La ciencia y el imaginario social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

⁵⁶ A -disciplinante: devenido del concepto de *a disciplina estética*, de G. R. Espada, que se opone a lo totalitario, molar, y único.

- Díaz, Esther. (1996). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Eiriz, Claudio. (2011). *No creer, Improvisar*. Texto no publicado. Buenos Aires: SIL 2011
- Fariña, Juan Jorge. (2003). *Ética: Un horizonte en quiebra*. Cap.II "¿Qué es esa cosa llamada ética? - Cap.III:"Lo universal - Singular". Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- Foucault, Michel. (1989). *Hermenéutica del sujeto*. México: Siglo XXI.
- Ford Terraza Publicidad. (2011). *Músicos y la Noche*. Recuperado el 25 de junio de 2011 en <http://www.tvmarketing.com.ar/publicidad> - Ford -terrazza2011
- Geertz, C. RTZ. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Gil López, Juan. *La auralidad consensuada. Paisaje sonoro y redes sociales*. Instituto Cervantes. Recuperado el 4 de abril de 2007 en <http://www.Escolar.Org>.
- Kiektik, Cecilia. (2006). *La envoltura sonora del artista. Creación sonora para la creación artística*. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Lao, Tse. (1999). *Tao Te King*. Traducción: Martínez Roca. Barcelona: Barcelona Ediciones
- Maturana, H, R. (1988). *Ontología del conversar*. Recuperado el 5 de abril de 2010 en http://www.4shared.com/get/u8CEYOCi/Maturana_Ontologia_del_convers.html
- Martimportugués, Clara y Gallego, Javier y Domingo, F. *Efectos del ruido comunitario*. Universidad de Málaga. Recuperado el 30 de marzo de 2008 en <http://www.sea-acustica/revista/volXXXIV12>.
- Nancy, Jean Luc. (2008). *A la Escucha*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Molinó, Jean. (1998). *Hecho musical y semiología de la música*. Traducción Ali Bouchourd, Jorge Sad y María Julia Milán.
- Morin, Edgar. (1995). *Epistemología de la complejidad*. Artículo del libro. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Espada (2002). *Espejos de Sonido: Teoría del Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Tesis de Licenciatura. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Saidón, Osbaldo. (Organizador). (2011). *La Potencia Grupal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sapir, Esteban (2007). *La Antena* (Film CD). Buenos Aires.
- Oswal, Walter. (1966). *Sonoman*. Recuperado el 4 de julio de 2010 en <http://www.oswalcomic.com.ar/htm/autor.s.html>
- Savazzini, Marisabel. (2007). *Entorno Sonoro - Construcción Subjetiva y Necesidades Básicas Insatisfechas*. Publicado en Antroposmoderno. Buenos Aires: Publicación on line.
- Savazzini, Marisabel y Eiriz, Claudio y Kiektik, Cecilia. (2008). *Estatuto de la Asociación Civil Antropología de la Escucha*. Buenos Aires: Texto no publicado

IMPROVISACIÓN LIBRE Y JUEGO CON PACIENTES PEDIÁTRICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS CON INTERNACIÓN PROLONGADA

Gabriel Solarz

Contacto: libertango84@gmail.com

¿Qué son los cuidados paliativos?

Son cuidados activos totales del cuerpo, la mente, y el espíritu del niño incluyendo también el apoyo a la familia. Comienza cuando se diagnostica una enfermedad amenazante o limitante para la vida, y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad. El objetivo central es preservar la calidad de vida del sujeto.

Sus componentes son, el control de síntomas tanto físicos como psico-emocionales. El apoyo psicosocial y espiritual tanto para el paciente como para su familia, entendiendo a estos como una unidad de tratamiento. Y se sostienen con el trabajo en equipo. Se trabaja con la esperanza de una buena calidad de vida aun en los últimos días, ofreciendo la presencia y acompañando al paciente en un vínculo basado en la honestidad.

Es importante hacer una aclaración. El profesional que hace cuidados paliativos tiene una formación específica en las problemáticas que atañen a este campo. Hacer musicoterapia con pacientes con cáncer no es lo mismo que ser musicoterapeuta formado y con experiencia en cuidados paliativos. La formación específica permite un abordaje y un trabajo transdisciplinario de mayor calidad, y un manejo adecuado de las cuestiones específicas que conllevan el abordaje de estos pacientes y sus familias

¿Qué entendemos por internación prolongada? ¿Y cómo vivencia el niño la permanencia en el hospital u otro centro de salud?

La internación prolongada, especialmente en relación a enfermedades hematológicas, implica periodos de semanas de permanencia en el hospital, sin fechas de egreso, y en muchos casos con altas temporarias intermitentes, con reingresos al hospital de forma constante. Esto implica que el niño permanezca dentro del ámbito hospitalario siendo sometido a reglas y tiempos

totalmente diferentes a los de su hogar, alejado de sus vínculos significativos y actividades cotidianas. En algunos casos a mucha distancia de su residencia lo que implica no poder recibir visitas. También es bueno recordar que la sala de hemato oncología posee reglas muy estrictas de bioseguridad, lo que implica que no es posible el ingreso de mucha gente, por lo que el niño solo permanece bajo el cuidado de uno de los padres.

En estas internaciones el niño es sometido a tratamientos y procedimientos altamente invasivos y dolorosos. Esto se suma a una enfermedad que produce síntomas muy molestos para el pequeño. Por regla general los niños mientras más pequeños menos miedo tienen a su enfermedad y a la muerte, y más a los procedimientos (venopunturas, punciones, medicación, etc...) y la sintomatología.

La sumatoria de los procedimientos y tratamientos, la sintomatología y las condiciones de institucionalización, se ponen dentro del orden de lo violento. Tomo la definición de lo violento propuesta por Gustavo Gauna: "aquella instancia perceptiva, cercana en principio a lo emotivo: vivencia que no encuentra posibilidad de ubicación, que no puede sostenerse en una actitud, en una representación"⁵⁷, esta instancia perceptiva trae consigo el incremento de la vivencia de sufrimiento por parte del niño, por el hecho de que este se siente violentado, y sin elementos subjetivos para responder a esta amenaza. Se encuentra Estático, sin movilidad posible.

Entonces tenemos un sujeto que se encuentra "capturado", detenido, por varias razones, que pasan por lo institucional, lo vincular, y lo orgánico, pasando también por las prácticas a las que se ve sometido.

⁵⁷ Gauna, Gustavo. Del arte ante la violencia. LA educación y la salud contemporánea ante "la percepción de lo violento", los aportes preventivos de la musicoterapia. Nobuko 2005

¿Cuáles son los objetivos de la intervención musicoterapéutica? Conclusión

Toda intervención en cuidados paliativos está ligada a la idea de calidad de vida incluso en presencia de enfermedad. Pero desde lo específico la musicoterapia tendrá como objetivo fortalecer la subjetividad del paciente, tratando de producir un movimiento en las formas de relación que se presentan en el paciente internado. Movilizar aquello que está “estático” hacia algo “estético”⁵⁸. El jugar como el mecanismo estético por excelencia en el niño, será a lo que se apele para favorecer esta movilización. Entenderemos desde este momento a estética como la circularidad, percepción –formalización.

El jugar es un hacer, implica otorgarle al sujeto un lugar activo, considerarlo y sostenerlo en el lugar de productor. Todas las actividades simbólicas del niño pasan por el jugar. El encuentro con el musicoterapeuta será entonces una invitación a jugar con el sonido, a improvisar. A partir del jugar como acción se busca apelar a todos los recursos creativos del niño para afrontar la enfermedad y los hechos que esta conlleva. Desde esta perspectiva, propongo un alejamiento de la idea de adaptación considerando que la misma pone al paciente en un lugar pasivo en relación a la situación de enfermedad. La creatividad implica un posicionamiento activo frente a las demandas que se generan alrededor de la enfermedad y el tratamiento, produciendo y construyendo de forma simbólica variables que permitan al sujeto producir una ruptura en aquello que le genera sufrimiento.

Tomaremos la definición de Improvisación libre de María José Bernardis : “La improvisación libre puede definirse como un territorio material a ser transitado por un sujeto, formalizando e invistiendo de sentido al sonido y tal vez al movimiento a partir de vincularse con un instrumento musical o con su propio cuerpo; decimos, el sujeto opera con la materia otorgándole sentido, una forma. Por lo tanto llamaremos discurso a toda operación en ese orden”⁵⁹ Este tránsito implica una experiencia en que el sujeto se reconoce en el espacio/ tiempo sufriente, y le permite crear elementos que modifican la

percepción sobre aquello que le genera sufrimiento. Cuestiona la certeza del sufrimiento, de la violencia que implica para el niño la internación, el tratamiento y la enfermedad. Se genera una vivencia transformadora sostenida en el encuentro con el otro, sostenida en el vínculo y en el tránsito por esta experiencia.

Estos efectos transformadores son observables en cinco escenarios⁶⁰:

- 1) El contexto. Es una totalidad compleja. Conglomerado de situaciones y de factores humanos y físicos que están en permanente interacción.
- 2) La conducta exterior. Espontáneas o provocadas. Accesible a un observador, ayudado o no de instrumentos, que comprende las diferentes formas de comunicación.
- 3) La vivencia. La experiencia vivida tanto por lo inferido por la conducta exterior como por lo comunicado por el sujeto de la experiencia
- 4) Las modificaciones somáticas objetivas aparecidas en determinada situación y a lo largo de un proceso.
- 5) Los productos de la actividad del sujeto partir de la experiencia vincular, en diferentes tipos de discurso, ya sea, sonoro, corporal, lingüístico o literario, según la fuente o dato que se lea.

El encuentro en musicoterapia será una puerta de entrada a esta experiencia transformadora, se genera un efecto subjetivante ligado a la experiencia del jugar, que permiten al sujeto desde su posición modificar la vivencia de estar lejos de su casa, del tratamiento, del encuentro con los profesionales. El paciente atraviesa la experiencia de producción de estéticas posibles, se conforman núcleos de salud que en definitiva constituyen una forma de dar sentido a lo propio, mejorando la calidad de vida precisamente en términos subjetivos.

Propongo una posición que tolere la incertidumbre, la del paciente atravesado por miedos, dolencias, duelos y un tiempo que pareciera venírsele encima. Y nuestra incertidumbre, la de no tener respuestas, solo una presencia que permite acompañar un recorrido, tratando de aliviar al otro, acompañarlo hasta que llegue al final. Es el paciente el que elige este camino y como transitarlo, nosotros sostenemos y acompañamos con nuestra presencia, compartimos recursos, jugamos, pero el

⁵⁸ Gauna, Gustavo. Diagnóstico y Abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. 2008

⁵⁹ Bernardis, María José. De la dimensión y la forma. Tesis 2002

⁶⁰ Paterlini, Gabriela. A voces, intertextos en musicoterapia. UAI 2008

hacer es del sujeto, será este el que conduzca el tratamiento, desde la demanda, necesidades, recursos, y creaciones por sobre todo. Entiendo que el alivio del sufrimiento no viene de la adaptación o de la facultad de adaptarse a hechos adversos, sino mas bien a la creatividad del sujeto de fabricar alternativas estéticas posibles, nuevas formas de estar en el mundo. Lo adaptativo es reducir al sujeto a un lugar de objeto pasivo, objeto de recepción de la clínica. Lo creativo, estético si se quiere, es considerar al sujeto activo y productor de discurso, guía en nuestras intervenciones clínicas por lo que este considere que requiere para aliviar su sufrimiento.

Referencias bibliográficas

- 1) Gauna, Gustavo. Del arte ante la violencia. LA educación y la salud contemporánea ante "la percepción de lo violento", los aportes preventivos de la musicoterapia. Nobuko 2005
- 2) Gauna, Gustavo. Diagnóstico y Abordaje musicoterapeutico en la infancia y la niñez. 2008
- 3) Bernnardis, Maria Jose. De la dimensión y la forma. Tesis 2002
- 4) Perea, Ximena. Paterlini, Gabriela. A voces, intertextos en musicoterapia. UAI 2008

LA CONSTRUCCIÓN DE LA EVIDENCIA EN MUSICOTERAPIA CLÍNICA

Virginia Tosto

Contacto: virginiatosto@gmail.com

Resumen

Fundamentación.

En la actualidad un número creciente de publicaciones aportan datos acerca de la efectividad del abordaje musicoterapéutico en diversas áreas de aplicación. Considerando los marcos de referencia teórica vigentes para las ciencias de la salud (positivismo y complejidad), existen articulaciones entre ellos y el modo en que los musicoterapeutas clínicos establecen la evidencia de su práctica. La construcción de evidencia presenta dos dificultades interrelacionadas: qué cuenta como una observación correcta y qué se puede inferir adecuadamente de ella.

Objetivos. Analizar la construcción de la noción de evidencia en el contexto de la práctica clínica de la Musicoterapia, lo que implica la formulación de tres preguntas: 1) Qué es una observación confiable: cómo y en qué grado la observación está cargada de teoría. 2) Qué es un conocimiento probable: las inferencias (deducción, inducción, abducción) permiten pasar de la observación al conocimiento. 3) Qué es una prueba empírica: la evidencia tiene una doble utilidad: identificar y establecer la existencia de objetos, y explicarlos.

Metodología. El presente trabajo de investigación se realizó con un enfoque cualitativo. El tipo de investigación que se planteó es el de la investigación filosófica. Los procedimientos que se utilizaron fueron dos: a) Clarificar términos: en este caso se trató de la evidencia de la práctica clínica de la musicoterapia; b) Exponer y evaluar supuestos subyacentes: referido a los razonamientos lógicos necesarios para obtener evidencia de los tratamientos musicoterapéuticos, según los diversos posicionamientos teóricos.

Conclusiones. La investigación posibilitó hacer visibles las articulaciones entre los supuestos conceptuales que provee la musicoterapia como disciplina y el modo en que los musicoterapeutas construyen la evidencia de su práctica clínica, observando y realizando inferencias a partir de sus observaciones. Se reconoció el papel normatizador de la práctica clínica que adquiere dicha evidencia una vez que se ha aceptado como tal.

Introducción

La musicoterapia, que como disciplina científica nació a mediados del siglo XX, recorre desde esos primeros tiempos un fructífero camino en la búsqueda de legitimarse desde la especificidad de un saber y de una práctica que le permita por derecho propio ubicarse dentro del campo de las ciencias de la salud. En forma similar, los musicoterapeutas han intentado, desde los inicios, constituirse como un colectivo profesional, con explícitas responsabilidades, deberes y derechos.

Para alcanzar legitimación social es necesario que una disciplina muestre que es valiosa para la comunidad de la cual emerge, en

términos de lo que le ofrece como servicio, de poseer un conocimiento privilegiado acerca de un sector de la realidad y de que sus profesionales sean expertos en el conocimiento y en las acciones vinculadas con dicho sector (Freidson, 1978, pp. 15-60). En este sentido, es valioso reconocer que en la actualidad se identifica a un número cada vez mayor de áreas de aplicación de la musicoterapia, y un número creciente de publicaciones dan cuenta de la efectividad de su abordaje en condiciones patológicas diversas (Pichon Riviere et. al., 2006).

Desde sus inicios la musicoterapia se vinculó estrechamente con la medicina, y especialmente con la psiquiatría y la rehabilitación psiquiátrica. Se sitúa allí el

trabajo realizado en Estados Unidos en la rehabilitación de veteranos de guerra (Maranto, 1993, p. 608), bajo una idea positivista de la salud, la enfermedad y sus terapéuticas.

Tal como plantea Hugo Vezzetti (2007), el nacimiento del campo psi, que contiene a las ciencias de la salud, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis ofrece a la musicoterapia y a otras terapéuticas un nuevo modelo de identificación para construirse como disciplina, al mismo tiempo que le exige redefiniciones que se desprenden de la entrada en juego del paradigma de la complejidad en el campo de las ciencias de la salud (Saurí, 1969, p. 157; Samaja, 2004, pp. 25-43).

En la actualidad, dos paradigmas contienen el desarrollo de la musicoterapia como disciplina científica. Cada uno de ellos provee un ideal de ciencia y de conocimiento genuino, y de las reglas y metodologías que deben seguirse para la obtención de dicho conocimiento. Ofrecen, a quienes se guarezcan en ellos, la explicación de lo que es para los sujetos la salud y la enfermedad, las terapéuticas y las evidencias necesarias para que dichas terapéuticas puedan considerarse eficaces en el logro de sus objetivos.

Lo que se analizará en este trabajo son los razonamientos lógicos mediante los cuales los musicoterapeutas que desarrollan su tarea en el ámbito de la clínica asignan el valor de dato (y luego de evidencia), a un acontecimiento determinado (gesto, palabra, sonido) ocurrido durante la sesión de musicoterapia, y cómo ese procedimiento se realiza con ajuste a los paradigmas actualmente vigentes en el campo de las ciencias de la salud. Esta operatoria, capitalizada como aprendizaje, normativiza la práctica clínica posterior.

La noción de evidencia como construcción

Evidencia se define como la certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar, es la prueba determinante en un proceso. Y también, cuando se dice que algo o alguien quedó en evidencia se entiende que quedó en ridículo, en una situación desairada. Poner en evidencia es desenmascarar, descubrir algo que estaba oculto.

Del lado de la evidencia queda la certidumbre, la claridad, lo manifiesto, la prueba, aquello de lo que no se puede dudar, la determinación, la revelación, el conocimiento público, la demostración, el fin de la sospecha, lo que se ha vuelto visible, lo que se hace observable. Del otro lado, la

confusión, la incertidumbre, lo que no se puede ver, lo indeterminado, aquello difícil de comunicar.

Caracterizada como una noción ambigua, la evidencia se torna un tema de difícil abordaje. Guillaumin (2005, p.19) plantea que, como concepto, es una familia de dificultades que se presenta en el marco de contextos específicos de investigación de la naturaleza. Dichas dificultades se podrían reducir a dos cuestiones básicas interrelacionadas: la primera sería, qué cuenta como una observación correcta y, la segunda, qué se puede inferir adecuadamente de ella. En otras palabras: se trata de conocer cuál es la justificación de las inferencias a través de las cuales una cosa indica la existencia de otra cosa. Guillaumin busca encontrar criterios mediante los cuales poder establecer el grado de seguridad con que se realiza dicha inferencia.

Siguiendo a Freidson (1978, p. 29), puede plantearse que los musicoterapeutas (considerados como miembros de un grupo ocupacional) deberían demostrar los buenos resultados de su trabajo, deberían poder construir evidencia clínica, una “colección masiva de evidencia a favor de materiales racionales y pragmáticos”, destinada a ganar la confianza de la población (el público receptor).

Sin importar el campo de aplicación de la musicoterapia, cualquiera sea la orientación teórica y metodológica que fundamente el ejercicio de su profesión, se impone al musicoterapeuta la tarea, insoslayable, de dar razones acerca de la aplicación de técnicas y procedimientos específicos, el trabajo de “mostrar” evidencia de los resultados positivos que sus intervenciones tienen sobre el bienestar de las personas a su cargo.

Esta labor no puede hacerse sino es a través de la evaluación cuidadosa de aquello que resulta producto de la aplicación de metodologías específicas en el contexto de un proceso musicoterapéutico.

Pero... ¿Qué es “la evidencia”?, considerada ésta en una definición acotada al campo de las ciencias de la salud, en la específica área de la práctica clínica.

De esta pregunta se derivan otras:

- ¿Qué es lo que hace que un fenómeno se recorte como un dato de la práctica clínica? -
- ¿Qué es lo que hace que el dato se torne evidencia clínica?
- ¿Cuáles son los razonamientos lógicos que posibilitan la transformación que lleva del fenómeno al dato, y de éste a la evidencia?

El estudio de la noción de evidencia implica la formulación de tres preguntas (Guillaumin, 2005, p. 19). En primer lugar, qué es una observación confiable. Esto es, en qué momento y por qué algo de lo ocurrido en el tratamiento de un paciente o grupo de pacientes comenzó a contar como “cosa observada” (*Evidencia observacional*). Es innegable que para darle sentido o interpretar correctamente aquello que ha sido observado se necesita información extra. Nos hallamos entonces ante el problema de cómo y en qué grado la observación está cargada de teoría. Para Guillaumin las teorías cumplen una doble función: a) decirnos qué tipo de cosas hay en el mundo y b) proveernos de explicaciones (Guillaumin, 2005, p.49).

Una teoría es un conjunto de enunciados, tanto de observación como inferidos, que están diferencialmente apoyados por la evidencia observacional y probatoria disponible. No todos los enunciados de una teoría reciben el mismo tipo ni el mismo grado de apoyo.

La evaluación de una teoría, su aceptación o rechazo, se realiza a partir de dos criterios de evaluación: el primero es su poder explicativo, que se refiere a qué tan adecuadamente da cuenta de los fenómenos una vez que se aceptan ciertos supuestos ontológicos y epistemológicos y, en segundo lugar, el tipo y grado de apoyo empírico que reciben sus supuestos y cada uno de los enunciados de la teoría respecto a la evidencia disponible. Este criterio obedece más al contexto histórico, es más sensible a él, puesto que depende en gran medida de los medios disponibles para obtener y analizar evidencia empírica.

En segundo lugar, qué es un conocimiento probable. Esto es, con qué grado de seguridad una cosa observada indica la existencia de otra (*Evidencia probable o inductiva*). La fuerza del indicio en la práctica clínica no siempre es la misma, puede haber indicios seguros mientras que otros son sólo débiles sospechas. El problema que se nos presenta aquí es el de establecer el grado de probabilidad del conocimiento.

En tercer lugar, qué es una prueba empírica. Esto es, en el ejercicio de la práctica clínica se requiere desarrollar estrategias de prueba empírica para establecer la existencia de los fenómenos, procesos o eventos inferidos (*Evidencia probatoria*). La prueba empírica tiene una doble utilidad: a) identificar y establecer la existencia de objetos, b) explicarlos.

Para Klimovsky, el término prueba se utiliza en la designación de elementos de juicio destinados a garantizar que una hipótesis o una teoría científicas son adecuadas o satisfactorias de acuerdo con ciertos criterios” (1995, p. 21).

Los tres tipos de evidencia se modifican debido a requerimientos específicos de cada disciplina particular y también mudan a través de la historia. El problema de cómo y por qué se ha ido modificando y transformando la identificación y las pruebas ofrecidas a favor de objetos, fenómenos o procesos particulares, se conecta con el establecimiento de cómo y en qué grado la observación, en este caso, la observación clínica, está cargada de teoría. La mera observación de un objeto o la identificación de fenómenos requieren de un trasfondo de información pertinente. Es decir, toda evidencia lo es de **algún** conocimiento previo y lo es **ante alguien**, en este caso, musicoterapeuta.

Paradigmas, ciencias de la salud y evidencia

Pueden identificarse cuatro nociones nucleares que involucran a todos los campos disciplinares que integran las ciencias de la salud: salud, enfermedad, terapéutica y prevención.

Todos ellos comparten un núcleo básico de significantes y de significados, sin los cuales no los consideraríamos integrando el campo de las ciencias de la salud. Cualquiera sea la idea de “salud” que se formen y el sesgo teórico-práctico desde el que la elaboren y desarrollen, todos ellos suponen que la salud es un *Bien*. Que la enfermedad es la negación de un estado deseable que *comporta un menoscabo lamentable* (sufrimiento, perjuicio, desvalorización). Y que, per se, es motivo suficiente para *buscar activamente la curación*, es decir, movilizar acciones tendientes a negar la enfermedad y recuperar la salud, sea de manera “no intrusiva” pero expectante, como acción médica espontánea –*vis medicatrix naturae*–, o por una acción deliberada intrusiva, externa –terapia médica. Y, por último, que la *pérdida de la salud debe ser prevenida*, porque la curación misma comporta un esfuerzo que es preferible evitar (Samaja, 2004, p. 32).

Sobre estos conceptos básicos existen, en la actualidad, dos paradigmas que operan en el campo de las ciencias de la salud. Son dos concepciones antagónicas sobre objetos y métodos, “sin que se adviertan caminos epistemológicos u ontológicos que permitan

imaginar una síntesis posible” (Samaja, 2004, p. 35).

Thomas Khun define a los paradigmas como “logros científicos universalmente aceptados que durante algún tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales (2006, p. 50). Para alcanzar la finalidad de este trabajo es de interés ubicarlos como contexto epistemológico del proceso de construcción de evidencia clínica.

El positivismo.

La imagen tradicional de ciencias de la salud, en tanto ciencias positivas, incluye el presupuesto epistemológico de que los hechos de salud-enfermedad-atención son objetivos, ligados a “una causalidad que vincula de manera lineal los funcionamientos propios del cuerpo biológico en su interacción con el medio ambiente. Lo propio de los mecanismos biológicos, su química y su física, como lo psicológico y lo social, son comprendidos como “factores” que intervienen en la causación de la enfermedad” (Samaja, 2004, p. 19).

El modo de considerar al destinatario de la intervención clínica se basa en los presupuestos del conductismo metodológico, considerando el cambio de conducta de un paciente o grupo de pacientes como efecto de un proceso de aprendizaje o reaprendizaje. Kandel afirma, por ejemplo, que si la psicoterapia es efectiva y produce cambios de larga duración en el comportamiento, presumiblemente hace esto mediante mecanismos de aprendizaje, que producen cambios en la expresión de los genes, que alteran a la vez la fuerza de las conexiones sinápticas y modifican el patrón anatómico de las interconexiones entre las células nerviosas del cerebro (Kandel, 1997, p. 460). La concepción de una Medicina Basada en Evidencia, nacida en los años 90, resulta un mecanismo de reelaboración del paradigma del positivismo científico en el terreno de las ciencias de la salud y la biomedicina, constituyendo un resultado de la comprensión actual de la relación entre la práctica asistencial y la investigación científica. Pretende, en esencia, que todas las decisiones sobre diagnóstico, pronóstico y terapéutica estén basadas en evidencias numéricas sólidas procedentes de la mejor investigación clínico - epidemiológica posible. Asimismo, previene contra decisiones basadas sólo en la propia experiencia, o en la extrapolación de datos procedentes de investigación básica.

La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia requiere cuatro pasos consecutivos:

1.- *Formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente.* Se trata de convertir los interrogantes que surgen durante el encuentro clínico, y que se perciben como necesidades de información, en una pregunta, simple y claramente definida.

2.- *Localizar las pruebas disponibles en la literatura.* Se realiza en bases de datos bibliográficas, de las cuales la más utilizada y conocida es MEDLINE. Otras fuentes son las revistas secundarias o de resúmenes como el ACP Journal Club, Cochrane Reviews, Evidence Based Medicine y Evidence-Based Practice que seleccionan y resumen, con criterios acordados, lo mejor de lo publicado relacionado con la medicina clínica.

3.- *Evaluación crítica de la evidencia.* El tercer paso es evaluar los documentos encontrados para determinar su validez (la cercanía con la realidad) y su utilidad (la aplicabilidad clínica).

4.- *Aplicación de las conclusiones de esta evaluación a la práctica.* Se trata de trasladar el conocimiento adquirido al seguimiento de un paciente individual o a la modificación de su actuación en subsiguientes consultas. Este procedimiento debe ir acompañado de la experiencia clínica necesaria para poder contrapesar los riesgos y los beneficios, así como contemplar las expectativas y preferencias del paciente.

En el campo de las ciencias de la salud, existen factores que atentan contra la pretensión universalista del paradigma positivista. Los enunciaremos brevemente:

1) El libre albedrío. La capacidad de las personas para autodeterminarse va en contra de la posibilidad del establecimiento de regularidades o leyes. La creatividad, la espontaneidad y el ejercicio de las libertades de las personas atenta contra la posibilidad de predecir y explicar las conductas, los fenómenos y los acontecimientos.

2) La inexistencia de invariantes en la historia, en el plano social, y los modelos determinísticos para las predicciones de las conductas humanas, entran en colisión con la contundencia de la singularidad de las personas.

3) La cuestión de los códigos semióticos. El problema que aquí se plantea es que no tenemos una base empírica invariante, independiente del ámbito cultural y social. La base empírica y los datos observables que permiten realizar

inferencias portan implícito un código, un significado, y sentidos de muy diversa naturaleza, que no pueden soslayarse.

En particular, no es posible que una mera descripción física o biológica dé sentido a los hechos para saber qué corroboran o refutan éstos. Parecería que es absurdo proceder en forma puramente biológica. Sin conocer el sistema de signos y de significaciones de un ámbito cultural, en particular conductas, relaciones, actos y situaciones que se producen en él, el hecho que se toma en calidad de observación pertinente para corroborar o refutar una hipótesis parecería no tener atingencia ni viabilidad (Klimovsky, 1995, p. 310).

La complejidad.

Las ciencias de la complejidad aparecen en el siglo XX como una forma de entender muchos fenómenos que se perciben caóticos, predecibles y complejos desde la forma del pensamiento clásico, y que todavía se encuentran vigentes en nuestra forma de explicar el mundo. Su objeto es estudiar los sistemas adaptativos complejos que son sensibles a las condiciones iniciales e impredecibles a futuro. El pensamiento positivista considera como prioridad metodológica el análisis o la descomposición de un problema en sus partes más elementales, frente a cuyo exceso - dado por la ausencia de síntesis y de contexto situacional e histórico - el pensamiento complejo señala la urgente necesidad de hacer diálogos entre las ciencias y las disciplinas, reconociendo la incidencia mutua entre ellas. (enfoque transdisciplinario).

Samaja realiza una crítica hacia la epistemología positivista, al mismo tiempo que señala los problemas metodológicos de los estudios de la subjetividad, desde el punto de vista de la complejidad. Aboga por no abandonar en manos del positivismo médico la racionalidad de la ciencia y la tecnología, pero también porque las acciones clínicas que se promueven desde la perspectiva de la complejidad tengan consistencia metodológica y sean pasibles de una evaluación racional.

Para este autor, la singularidad plena de cada vida humana debe reconocerse y estudiarse en la discursividad del mundo de la vida social (Samaja, 2004, p. 144). La realidad es pensada como una constelación de sistemas complejos históricos, los cuales no sólo reflejan los procesos de conservación de las estructuras sino, y sobre todo, la producción de nuevas configuraciones en aquellos

sistemas intrínsecamente inestables y cambiantes. El paradigma de la complejidad permite repensar las nociones de intencionalidad, comprensión, interpretación y subjetividad. Y revisar el prejuicio positivista según el cual el sujeto es ajeno o foráneo al mundo de los objetos.

Podríamos sintetizar los principios de este paradigma con la formulación de sus principios:

No linealidad. Reconocer lo que significa el carácter no lineal de los sistemas abiertos y entender cómo éstos caracterizan a todos los sistemas vinculados con la salud. Los sistemas tienen una dinámica que no obedece al patrón clásico de causalidad, lo que los hace impredecibles.

Auto-organización. Los sistemas se auto-estructuran constantemente. La vida misma es el ejemplo más claro de ellos. Tradicionalmente la vida se ha descrito a través de los procesos de gestación, nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte de un organismo. Pero esta descripción es sólo la deriva histórica de un ser vivo, pero de ninguna manera su organización. Se ha propuesto el concepto de autopoiesis para explicar la cualidad de una organización que produce sus propios componentes.

Conectividad de los procesos complejos, lo que favorece el procesamiento de la información. Este aspecto se da tanto en sentido negativo como positivo: las bacterias y toxinas que participan en un proceso infeccioso tienen elevada conectividad, pero también, y en sentido contrario, los procesos de tratamiento que interactúan para curar la infección también deben ejecutarse en estrecho orden e interconexión, pues de lo contrario las soluciones serán tardías e inefectivas.

Recursividad: un componente incide sobre otro y éste a su vez sobre él, y así sucesivamente. Esta propiedad afecta igualmente en sentido positivo y en sentido negativo al sistema, e introduce en él elementos que desde el interior y el exterior del mismo son recurrentes en la solución del proceso.

Principio holográfico u hologramático: cada parte contiene al todo y el todo contiene a las partes. El equilibrio de los sistemas es dinámico, y está caracterizado por una gran inestabilidad. En este sentido, los estudios de los sistemas complejos han demostrado que su comportamiento no sigue una ley universal hasta ahora conocida, sino que tal comportamiento es exclusivo de cada sistema

específico. Así por ejemplo, el cerebro es más que la suma de las neuronas que lo componen, que dan origen a las propiedades emergentes de la conciencia y la inteligencia. Esta propiedad, generadora de nuevas propiedades, aunada al hecho de que los sistemas dinámicos no lineales son extremadamente sensibles a pequeños cambios en las condiciones iniciales, dan origen a la predicción limitada o a la incertidumbre propia de los sistemas complejos.

Por tal razón es imposible predecir con certeza la mayoría de los fenómenos, pero sí es probable encontrar en muchas ocasiones patrones o zonas de estabilización dentro de cierto rango y nivel de certidumbre. Los sistemas complejos presentan gran variación en su funcionamiento, pero no pierden su carácter determinista estructural; es decir, su comportamiento está determinado desde su estructura cambiante y adaptativa.

La ventaja del paradigma de la complejidad consistiría en la posibilidad de pensar la realidad desde una perspectiva menos limitada y más inspirada en los procesos comunicacionales y en los patrones de intercambio entre los componentes del sistema.

Sin embargo, también se originan preguntas que expresan las limitaciones de este paradigma. Entre otras, cómo se determina que el conocimiento obtenido es verdadero, de qué manera se controlan los procedimientos para la obtención del conocimiento científico, qué lugar tiene la perspectiva del científico en el conocimiento alcanzado.

En definitiva, ¿qué resta de la objetividad científica si se acepta la participación de la subjetividad del investigador en la configuración del objeto de estudio? ¿Cómo pueden las ciencias de la salud pretender estatuto de ciencia positiva si su presunto objeto no es nada dado, sino algo construido mediante valoraciones? ¿Qué papel juegan las valoraciones del clínico a la hora de construir evidencia de su práctica?

El papel de las interferencias e la construcción de la evidencia

Independientemente del paradigma desde el que desarrolle su tarea, el musicoterapeuta clínico realiza una serie de operaciones lógicas y metodológicas que intervienen en la construcción de la evidencia clínica: observa, formula hipótesis, aplica procedimientos, infiere, evalúa, comunica resultados.

El terapeuta hace algo para lo que no es observable para el lego, se vuelva evidente. Construye evidencia del cambio de la condición inicial del paciente, al mismo tiempo que construye evidencia de la eficacia de su trabajo. En este proceso, que no es más que la aplicación del método clínico, la operación lógica que está en juego es la inferencia.

Se trata de analizar, entonces, cuán lógicos son los musicoterapeutas a la hora de actuar en la clínica, cuán rigurosos son en la aplicación del método clínico, cuán precisos son en la formulación de hipótesis y en los procedimientos de contrastación de dichas hipótesis, cómo tienen que ser los datos para que soporten las inferencias que se realizan a partir de ellos.

La lógica es la ciencia que expone las leyes, modos y formas del conocimiento científico. "La lógica, como cualquier ciencia, tiene como tarea la búsqueda de la verdad. Lo que es verdad son ciertos enunciados. Y la búsqueda de la verdad es el empeño por separar los enunciados verdaderos de los otros, que son falsos" (Quine, 1982, p. 1).

Charles S. Peirce (1839-1914), lógico, científico y filósofo estudió la lógica de la ciencia y más especialmente el proceso inferencial que llamó "abducción" (en cuanto opuesto a deducción y a inducción).

Desde sus primeros trabajos en lógica Peirce se ocupó de la clasificación de los argumentos, de los diversos modos de hacer inferencias, esto es, de los diversos modos en que una conclusión verdadera puede seguirse de unas premisas, sea de modo necesario o sea sólo con alguna probabilidad. Según Peirce, existen tres modos de inferencia. Toda deducción no es más que la aplicación de una regla a un caso para establecer un resultado:

La llamada premisa mayor formula una regla; como, por ejemplo, todos los hombres son mortales. La otra premisa, la menor, enuncia un caso sometido a la regla; como Enoch era hombre. La conclusión aplica la regla al caso y enuncia el resultado: *Enoch es mortal*. Toda deducción tiene este carácter; es meramente la aplicación de reglas generales a casos particulares (1878, parágrafo 2620).

En términos de lo que ocurre en una sesión de musicoterapia clínica, un ejemplo posible sería el que sigue, teniendo como referencia el perfil de variabilidad para el análisis de las improvisaciones musicales propuesto por Bruscia (1999, p.266):

La premisa mayor: La improvisación sonoro-musical muestra la tendencia de las personas a mantener o a cambiar las situaciones a lo largo del tiempo.

La premisa menor: Marcela realiza una improvisación sonoro-musical.

Conclusión: La improvisación sonoro-musical de Marcela mostró su tendencia a mantener o a cambiar las situaciones a lo largo del tiempo.

El razonamiento deductivo es analítico o explicativo, en cuanto que la conclusión no añade nada a lo que ya está en las premisas. Como es obvio, no todas las formas de razonamiento son reducibles a una deducción ni, por lo tanto, pueden expresarse con un silogismo de este tipo.

Una inducción es la inferencia de una regla general a partir de un caso y un resultado, y es una inversión del razonamiento deductivo.

El razonamiento inductivo es sintético o ampliativo, puesto que lo que se dice en la conclusión no estaba previamente en las premisas.

Con respecto a la inducción, particularmente en el campo de la medicina, Peirce advierte:

En medicina es extremadamente difícil recoger muchos hechos relacionados con algún punto oscuro, y es aún más difícil evidenciar que estos hechos sean una representación justa de la serie general de acontecimientos. Hay tal cantidad de influencias que perturban –idiosincrasias personales, mezcla de tratamiento, influencias accidentales y desconocidas, peculiaridades de clima, raza y estaciones del año- que es especialmente necesario que los hechos sean muy numerosos y se escruten con ojo de lince para detectar engaños. Y además, es particularmente difícil recoger hechos en medicina (Sebeok, 1987, p.60).

Pero hay una segunda forma de invertir el razonamiento deductivo para producir un razonamiento sintético. Este razonamiento es una hipótesis, es decir, la inferencia de un caso a partir de una regla general y un resultado. Como en el caso de la inducción, la inferencia hipotética no tiene carácter necesario sino meramente probable. Las hipótesis pueden ser muy variadas, pero tienen en común el que son formuladas para explicar un fenómeno observado.

La abducción es el proceso mediante el que generamos hipótesis para dar cuenta de aquellos hechos que nos sorprenden. La conclusión que se alcanza es siempre conjetural, es sólo probable, pero al investigador le parece del todo plausible. Es esa plausibilidad, ese carácter intuitivo

donde radica su validez y no en su efectiva probabilidad que tiene sólo una influencia indirecta (Peirce, 1903, parágrafo 5189).

Estamos ahora en condiciones de entender mejor la estructura lógica de la abducción. Es la siguiente, tal como la explica Peirce en la séptima de sus Lecciones sobre el pragmatismo (1903, parágrafo 5.189):

Se observa un hecho sorprendente C; pero si A fuese verdadero, C sería una cosa corriente (*matter of course*) luego hay razones para sospechar que A es verdadero.

En términos musicoterapéuticos:

Se observa un hecho sorprendente: rigidez en la ejecución instrumental del paciente C.

Pero si A fuese verdadera, esto es, si la estructura psíquica del paciente C fuese la psicosis, la forma de tocar del paciente C sería una cosa corriente.

Luego, hay razones para sospechar que A es verdadera, esto es, que la estructura psíquica del paciente C es la psicosis.

El fenómeno que a Peirce le impresiona es el de la introducción de ideas nuevas en el trabajo científico. Se trata del fenómeno de la creatividad científica en el que para Peirce se articulan abducción, deducción e inducción.

A la abducción le corresponde el papel de introducir nuevas ideas en la ciencia: la creatividad, en una palabra. La deducción extrae las consecuencias necesarias y verificables que deberían seguirse de ser cierta la hipótesis, y la inducción confirma experimentalmente la hipótesis en una determinada proporción de casos. Son tres clases de razonamiento que no discurren de modo independiente o paralelo, sino integrados y cooperando en las fases sucesivas del método científico (Génova Fuster, 1997, p. 59)

Paradigmas, musicoterapia y evidencia

La musicoterapia, como disciplina perteneciente al campo de las ciencias de la salud, sigue la misma suerte epistemológica que ellas, a horcajadas entre dos paradigmas. Actualmente contamos con dos modos diferentes de pensar la salud, la enfermedad, las terapéuticas, a las personas, al conocimiento válido, dos modos de hacer ciencias. Los paradigmas vigentes pueden leerse en las definiciones que de musicoterapia se encuentran en el trabajo de Kenneth Bruscia (2007, p. 223).

“La musicoterapia es el uso controlado de la música durante el tratamiento, rehabilitación, educación y entrenamiento de

niños y adultos que sufren desórdenes emocionales, físicos y mentales” (Alvin).

“La musicoterapia es el uso de música predominantemente improvisada como vehículo para la transferencia y contratransferencia. La música improvisada, creada por el cliente, terapeuta, o ambos, refleja el estado de la relación cliente-terapeuta en un momento dado. La música trata el estado afectivo del cliente en el “aquí y ahora” de la relación terapéutica, y también lo que ello representa en su fantasía y en su propia historia psíquica” (Agrotou).

Desde estas definiciones, o de otras similares a éstas, es que se puede comprender la enorme diversidad del ejercicio clínico de la musicoterapia. A modo de ejemplo, se transcriben dos fragmentos de situaciones clínicas:

El primero es el caso de la musicoterapia en el ámbito de aplicación de la discapacidad mental severa:

“Walker (1970) utilizó la música como una ayuda para desarrollar el habla funcional de niños institucionalizados con retardo mental profundo. En días de semana consecutivos se reunían dos grupos durante aproximadamente 30 minutos por un total de 12 sesiones de tratamiento. Durante cada sesión se utilizaba el canto, el ritmo y las actividades musicales creativas, como así también ilustraciones y estímulos verbales, a fin de enseñar a los integrantes del grupo experimental a usar de manera apropiada las palabras de una lista determinada. Se entregaba una ficha plástica a cada uno por el uso correcto de las palabras específicas y también por cualquier otra verbalización inteligible. La acumulación de una cantidad determinada de fichas plásticas por cada sesión les permitía disfrutar de hasta un máximo de 15 minutos de “tiempo de música” extra en la sala de recompensa. Se encontró que la utilización de la música con estímulos audiovisuales relacionados ayudaba a los integrantes del grupo experimental a aprender diez palabras más de una lista determinada que los integrantes del grupo de control. Una comparación entre los dos grupos reveló que el tiempo extra de audición musical entre los integrantes del grupo experimental como recompensa por la cantidad de verbalizaciones inteligibles, produjo un aumento de dicho comportamiento en la sesión diaria” (Ruud, 1992, p. 82).

Es el paradigma positivista, centrado en la obtención de resultados observables, con procedimientos que buscan estandarizarse y

resultados que pretenden ser generalizados. Con una explicación lineal, o con una línea causal unidireccional entre el síntoma o la situación problemática y el tratamiento terapéutico aplicado.

La otra situación clínica pudo construirse con atención a la singularidad del paciente:

“Malcom, un niño de 8 años, con anemia falciforme, fue derivado a musicoterapia por su enfermera. La enfermera estaba francamente frustrada; refirió que Malcom necesitaba una transfusión sanguínea pero que él se rehusaba a cooperar. Ella me pidió “que hiciera algo”. Fui a la sala de procedimientos con mi guitarra y encontré a Malcom balanceándose sobre el piso y a su abuelo cómodamente sentado. Por unos instantes escuché cuando hablaba de la inminencia de la inyección intravenosa. Elegí el momento para comenzar a pulsar mi guitarra pausadamente, con un patrón rítmico, apagando el sonido de las cuerdas para impedir sonidos armónicos. Comencé a reflejar (espejar) rítmicamente algunas de sus frases tales como “No quiero un pinchazo”, agregando mis propias observaciones, “Estoy realmente nervioso”. Malcom adoptó mi idioma pronunciado rítmicamente y amplió la modulación vocal; cuando habló, comenzó a rapear acerca del procedimiento. Esto rápidamente se convirtió en una improvisación de rap acerca de sus sentimientos relacionados con los pinchazos y con cuánto enojo él sentía.

Él cantó/rapeó, y también bailó en la sala de procedimientos con pasos firmes y en un tempo rápido y regular. En el momento central de su improvisación, la enfermera entró y escuchó, “Yo odio a la enfermera, odio el pinchazo”. Ella rápidamente me llamó la atención, diciendo “Gracias Ana, esto no ayuda mucho”. Teniendo en cuenta el delicado equilibrio de las dinámicas de la sala de examen, incluyendo mi continuidad en ella, y mi deseo de establecer una alianza con el personal de enfermería, y también teniendo en cuenta mi relación con Malcom y su relación con el equipo médico, re-evalué mi dirección terapéutica y comencé a insertar formulaciones positivas y específicas dentro de su canción. Sugerí “La aguja me ayudará a estar mejor” y frases similares. Casi inmediatamente, Malcom incorporó estas formulaciones a su rap, bailando mientras cantaba. Momentos después la enfermera reapareció con la camilla. Malcom terminó la improvisación, se subió tranquilamente y dispuso su brazo para la inyección. El procedimiento se realizó sin

obstáculos, Malcom permaneció con el control de sí mismo y cooperó completamente". (Turry, 1997, p. 89).

En ambos casos, y a pesar de los paradigmas diversos que los cobijan, los terapeutas han seguido una misma lógica: la lógica que organiza y fundamenta al método clínico. Éste, a su vez, sigue el ordenamiento lógico del método científico.

A partir de una situación que afecta a la salud de las personas, el musicoterapeuta instrumenta la aplicación de procedimientos propios de su disciplina para modificar la condición inicial del paciente, generadora de la demanda de tratamiento.

Ahora bien, ¿qué es lo que se constituye como indicador del cambio del paciente? ¿Qué es lo que se recorta como dato, como indicador de cambio (o no) de la persona que realiza un tratamiento de musicoterapia clínica? ¿Qué y cómo se construye la evidencia del trabajo clínico en musicoterapia?

En todo lo presentado hasta el momento, la palabra clave es dato. Y la pregunta es: ¿cómo, aquello observado por el musicoterapeuta en el encuadre de trabajo clínico, la información acerca del paciente y del proceso terapéutico, se transforma en dato?

La definición nos dice que dato es una representación simbólica (numérica, alfabética, etc.), atributo o característica de una entidad. El dato no tiene valor semántico (sentido) en sí mismo, pero convenientemente procesado se puede utilizar en la realización de cálculos o toma de decisiones. Los datos obtenidos en el encuadre clínico pueden ser cuantitativos o cualitativos y se obtienen a partir de acciones realizadas sobre los constructos o definiciones operacionales.

Una definición operacional es la definición de un concepto en términos de las operaciones que deben ejecutarse a fin de demostrar el concepto. Citando a Samaja: "En un sentido amplio, se define operacionalmente una variable (o "concepto de la teoría") cuando se especifican las operaciones requeridas para comprobar la presencia del fenómeno al cual alude el concepto" (1993, p. 263). Para este epistemólogo el dato tiene una estructura cuatripartita: unidad de análisis, variable, dimensiones de la variable e indicadores, y su análisis puede ser cuantitativo y/o cualitativo.

Datos cualitativos son, por ejemplo, la captación de la consigna, el modo de responder a la misma, las actitudes, la

tolerancia o no al fracaso, el modo de formulación de las respuestas, las estrategias utilizadas para resolver una situación problemática, las verbalizaciones espontáneas, etc.

Datos cuantitativos son los que resultan de la aplicación de diferentes procedimientos (tales como cuestionarios, escalas, tests, entrevistas estructuradas, inventarios, etc.) concebidos para captar las respuestas de los sujetos ante estímulos (verbales o no verbales) prefijados y con opciones establecidas de respuesta.

Los datos se obtienen mediante la aplicación de instrumentos o técnicas (Samaja, 1993, p. 303) y el planteo de una dicotomía entre los métodos cuantitativos y los cualitativos para su análisis es infructuoso, ya que se considera más razonable emplearlos conjuntamente con el objeto de optimizar la información requerida para llevar adelante el tratamiento de un paciente.

Hay que insistir lo suficiente en que la observación y el hallazgo de un dato están en directa relación con las ideas teóricas del terapeuta. Lo observado y constituido como dato están cargados de teoría que, en el caso de la musicoterapia, enlaza a conceptos tales como el de sujeto, terapia y música.

Pero hay más. Una vez que el dato, en parte teórico y en parte fáctico, está fijado como evidencia de la eficacia de la aplicación de determinado procedimiento clínico a un paciente o grupo de pacientes, pasa a normatizar la práctica profesional. En otros términos, se le atribuye valor de eficacia con más facilidad al procedimiento o metodología empleados y se tiende a generalizar su implementación a pacientes que presentan condiciones similares.

En los ejemplos citados nos encontramos con:

- a) un conocimiento teórico, previo al encuentro con el paciente
- b) la observación del paciente y la formulación de las hipótesis clínicas
- c) la intervención del terapeuta con el objetivo de modificar una condición existente en el paciente,
- d) la respuesta por parte del paciente a las intervenciones del terapeuta.
- e) la construcción de la evidencia clínica.
- f) un momento posterior, en el que se articulan la teoría con el resultado de la intervención clínica

En esta lógica del método clínico todos los terapeutas coinciden, no importa cuál sea el paradigma que los guarezca.

Para el paradigma positivista, que sirve de fundamento a la musicoterapia conductista y a la musicoterapia en rehabilitación, los datos emergen de a) la medición de respuestas fisiológicas a la música, ya que la idea es que la música puede influir en el comportamiento, tomando como punto de partida la naturaleza biológica del ser humano; y b) el aprendizaje de comportamientos adaptados al contexto en el que el sujeto debe desempeñarse, a partir de la aplicación de técnicas de modificación del comportamiento. Como bien lo señala Ruud: "Frecuentemente se acentúa que se obtienen cambios a través de procedimientos individualistas que priorizan las estrategias inductoras de crecimiento o desarrollo en el individuo" (1992, p. 20).

Para el paradigma de la complejidad la evidencia se construye a partir del análisis de la implicación del sujeto en la experiencia musical, con atención al contexto en el que tiene lugar. El análisis de la narrativa del paciente, de las metáforas que se presentan en su discurso, de la vivencia de la música y de la percepción de dicha vivencia, son los procedimientos que permiten obtener datos acerca de la eficacia de la práctica clínica. Se reconoce que, hasta el momento, existe insuficiencia de los instrumentos destinados a medir los procesos emocionales y de significado vinculados con la participación de los sujetos en experiencias musicales. La misma situación se presenta con la elaboración de definiciones operacionales para constructos tales como música e implicación subjetiva, entre otros.

Conclusiones

Para concluir, se retomarán las tres preguntas enunciadas al inicio del trabajo, implicadas en el proceso de construcción de evidencia en la práctica clínica de la musicoterapia. Se intentará responderlas, sabiendo de lo provisorio de las formulaciones a las que se llegue. El punto de partida para ello es entender que la evidencia de la práctica clínica es una noción que se construye, siempre con ajuste a un marco teórico disciplinar, vigente y consensuado.

La primera pregunta (qué es una observación confiable, reconociendo cómo y en qué grado la observación está cargada de teoría) alude a la confiabilidad de las observaciones y se responde, en parte, con el grado en que se haga explícito el nexo entre la teoría y el método clínico que de ella se deriva. Esto es, es una observación confiable porque se sabe de antemano lo que se va a observar, y se

sabe que lo que observado tiene su explicación en el marco teórico que sustenta la práctica. No hay observación ingenua, hay sesgos en ella. Esos sesgos hacen emerger desde el todo una particularidad, algo que convoca a la atención, algo que se destaca como figura sobre un fondo. Es preciso tomar conciencia que, a priori, se sabe aquello que se busca en la producción sonora de los pacientes.

Pero eso que se destaca no llega a constituirse en dato, a adquirir su estatuto. Hace falta que la percepción se anude a la teoría para que nos encontremos en presencia de un dato. Un dato (x) de ... (y). Y el predicado expresa el enlace teoría-experiencia, y también se carga de la confirmación (o no) de una hipótesis clínica previa. Allí, en la formulación de las inferencias, el dato se torna evidencia.

La reiteración del dato hace que luego se normativice como evidencia, siguiendo un proceso que Samaja denominó de recaída en la inmediatez (1993, p. 116). En cierto sentido, se generaliza hacia la disciplina algo que se halló en la práctica clínica individual, mediante la publicación de los resultados obtenidos.

La segunda pregunta (qué es un conocimiento probable, reconociendo que las inferencias (deducción, inducción, abducción) son el tipo de razonamiento que permite pasar de la observación al conocimiento) se refiere a la lógica del método clínico. La exigencia de hacer explícitas las inferencias necesarias para la construcción de evidencia clínica presenta dificultades que vinculan a la musicoterapia con la lógica: cómo se realizan correctamente las inducciones, las deducciones y las abducciones, el problema de la probabilidad, la rigurosidad exigida para la formulación de hipótesis y de premisas, las relaciones que enlazan la ley con el caso particular, las condiciones para establecer enunciados teóricos y fácticos, entre otros.

La tercera de las preguntas (qué es una prueba empírica, reconociendo que la evidencia empírica tiene una doble utilidad: identificar y establecer la existencia de objetos, y explicarlos) se relaciona, por un lado, con la insuficiencia que la musicoterapia presenta en lo que hace a los instrumentos de recolección de datos clínicos. Por otro lado, trae consigo la exigencia de hallar los términos adecuados para dar cuenta de los resultados obtenidos en los tratamientos musicoterapéuticos. La explicación, el ofrecer pruebas, aleja a la

musicoterapia de la idea de "lo que no puede ser explicado con palabras", y la acerca a las exigencias de la racionalidad del conocimiento científico.

Si fuese cierto que la música expresa lo que las palabras no pueden, se debería renunciar a considerar a la musicoterapia como una disciplina científica. "Muchos sienten que es banal llevar a las palabras las múltiples experiencias inefables que compartimos con los pacientes a través de la música" (Bruscia, 2007, p. ix). "Para muchos los términos y las definiciones aportan claridad, legitimidad y validación; nos proporcionan identidad y nos aseguran que no estamos solos o equivocados en nuestras creencias acerca del trabajo. Necesitamos y deseamos comunicarnos. Para hacerlo debemos encontrar palabras para las experiencias y las ideas que tenemos" (Bruscia 2007, p. x).

Los conceptos y los discursos que presentan a la musicoterapia frente a las otras disciplinas deben dar a conocer las especificidades y las particularidades de las experiencias musicales convertidas en recursos terapéuticos. Lo que no significa quedar atrapados en una confusa terminología, llena de siglas y palabras que portan consigo el riesgo de la homonimia y de los neologismos. En una disciplina el abuso de términos científicos o pseudo científicos con la pretensión de prestigiar(se) encubre, en muchos casos, falta de rigurosidad en el trabajo científico y una posición de impostura intelectual (Sokal, 1999, p.19).

Referencias bibliográficas

Aigen, K. (2005). Philosophical inquiry. En B. Wheeler, Music Therapy Research (second edition). USA: Barcelona Publishers.

American Music Therapy Association (2000). Effectiveness of music therapy procedures: documentation of research and clinical practice. USA: American Music Therapy Association Inc.

Bruscia, K. (1999). Modelos de improvisación en musicoterapia. España: Agruparte y autor.

Bruscia, K. (2007). Musicoterapia. Métodos y prácticas. México: Editorial Pax México.

Conde, F.; Pérez Andrés, C. (1995). La investigación cualitativa en salud pública. Revista española de Salud Pública, 69: 145-149.

Dileo Maranto, Ch. (1993). Music Therapy. International Perspectives. USA: Jeffrey Books.

Dileo, Ch. (2005). Reviewing the literature. En B. Wheeler, Music Therapy Research (second edition). USA: Barcelona Publishers.

Edwards, J. (2004). Can music therapy in medical contexts ever be evidenced-based?. Music Therapy Today, vol. V (4).

Freidson, E. (1978). La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península.

Génova Fuster, G. (1997). La lógica del descubrimiento. Disponible en: www.libroos.es.

Guillaumin, G. (2005). El surgimiento de la noción de evidencia. Un estudio de epistemología histórica sobre la idea de evidencia científica. México: UNAM.

Hernández Hernández, R. (2002). Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas, Revista Cubana Med. Gen. Integr., 18(2).

Hernández Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación (cuarta edición). México: McGraw-Hill Interamericana.

Kandel, E. (1998). A new Framework for psychiatry. American Journal of Psychiatry, 4: pp. 457-69.

Klimovsky, G. (1995). Las desventuras del conocimiento científico. Buenos Aires: A-Z Editora.

Kuhn, T. (2006). La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica.

Hartshorne, C.; Weiss, P y Burks, A., eds.: Collected Papers of Charles Sanders Peirce, 1936-58, (8 vols.). Cambridge, MA: Harvard University Press. (Se cita como Peirce)

Pichon Riviere, A. et. al. (2006). Utilidad de la musicoterapia en la práctica clínica. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida nro. 85.

Quine, W. (1982): Methods of Logic (4ta. ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ruud, E. (1992). Los caminos de la Musicoterapia. Buenos Aires: Editorial Bonum.

Ruud, E. (2005). Philosophy and theory of science. En B. Wheeler, Music Therapy Research (second edition). USA: Barcelona Publishers.

Samaja, J. (2004). Epistemología de la salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Samaja, J. (1993). Epistemología y Metodología. Buenos Aires: Eudeba.

Saurí, J. (1969). Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires-México: Ediciones Carlos Lolh e.

Sebeok, T., Umiker-Sebeok, J. (1987): Sherlock Holmes y Charles S. Peirce. El

método de la investigación. Barcelona-Buenos Aires: Paidós.

Sokal, A., Bricmont, J. (1999). *Imposturas intelectuales*. Barcelona-Buenos Aires: Editorial Paidós.

Turry, A. (1997). The use of clinical improvisation to alleviate procedural distress in young children. En Loewy, J., *Music*

Therapy and pediatric pain. USA: Jeffrey Books.

Vezzetti, H. (2007). *Psicología, psiquiatría y salud mental*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, Cátedra Historia de la Psicología, Módulo III.

Vink, A.; Bruinsma, M. (2003). *Evidence Based Music Therapy*. *Music Therapy Today*, Vol. IV, (4).

MUSICOTERAPIA CON PERSONAS VIVIENDO CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Virginia Tosto, Selva Santesteban.

Contacto: virginiatosto@gmail.com - selvasantesteban@yahoo.com.ar

1.- Introducción

En la actualidad, las enfermedades crónicas constituyen las patologías dominantes en nuestras sociedades. En epidemiología se entiende como enfermedades crónicas aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. En general incluyen enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónicas), enfermedades osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoides y artrosis severa), enfermedades invalidantes, diabetes mellitus, sida, entre otras.

Si bien es un hecho que estas afecciones no se curan debido a la limitación de los conocimientos médicos disponibles, también es cierto que, en algunos casos, es el avance del conocimiento científico el que transforma en crónica una enfermedad, al hacer que la muerte no sea el horizonte inmediato, esperado de ella. (Prece y Schufer, 1995). El sida es el ejemplo más contundente de las últimas décadas.

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado la presión sobre los Sistemas de Salud, organizados bajo el modelo de atención de las enfermedades agudas y de la atención en la emergencia, lo cual junto al proceso socio-histórico de deterioro en las condiciones de atención sanitaria de un número cada vez mayor de personas, coloca en situación de crisis a los sistemas de salud de muchos países.

Paralelamente se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella. (Vinaccia y Orozco, 2005)

Como respuesta comienzan a surgir propuestas teóricas y metodológicas para la atención de personas con enfermedades crónicas, tanto locales como aquellas que pretenden abarcar a toda una región (OMS).

2. La enfermedad crónica

Cuando hablamos de “enfermedad crónica” este término designa realidades muy diferentes pero con dos rasgos comunes. Se refiere, en primer lugar a la duración de la enfermedad: que puede prolongarse por meses o años, o durar lo que dure la vida del paciente. Y en segundo lugar, se refiere a que el objetivo de la curación debe ser reemplazado por un esquema abierto, incierto que requiere la implementación de lo que se ha llamado una “gestión de la cronicidad”. Una prolongada gestión cotidiana de la enfermedad que se extiende más allá del ámbito médico, y que afecta todas las esferas de la vida del paciente y su familia por un tiempo indeterminado. (Prece y Schufer, 1995).

Se abre así un tiempo que obliga al paciente y su familia a enfrentar: permanentes presiones físicas, sociales, económicas, y emocionales; períodos de incertidumbre; tratamientos intensos, agresivos y sus efectos secundarios; múltiples dilemas por la toma de decisiones difíciles; posibles remisiones y recaídas con las consiguientes reacciones emocionales; períodos prolongados de duelo anticipatorio. (Fonnegra de Jaramillo, 1989)

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). (Vinaccia y Orozco, 2005)

Además, las enfermedades crónicas, como el cáncer o el sida, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001, citado por Vinaccia y Orozco, 2005).

La sociología médica adoptó el concepto de “carrera de paciente”, por analogía con la carrera ocupacional, para alcanzar a

comprender las experiencias que los pacientes crónicos tienen en la vida de todos los días; para comprender cómo se ve afectado el paciente que convive con una enfermedad crónica en su independencia, su status y sus relaciones con los otros. En el caso de los niños principalmente, la experiencia de una enfermedad crónica tiene marcadas repercusiones en su psiquismo, su personalidad y el mundo social. En muchos casos la enfermedad tiende a volverse para el enfermo una nueva identidad y requiere un proceso prolongado de adaptación para aprender a convivir con ella. (Prece y Schufer, 1995)

La personalidad previa del paciente determinará su respuesta ante la crisis pero existen algunas constantes en las reacciones ante la circunstancia de padecer una enfermedad crónica.

Esta carrera de paciente comienza con la identificación de los primeros síntomas y un diagnóstico que irrumpe y desorganiza la vida que llevaba esa persona y su familia, obligando a suspender o modificar el proyecto de vida. El futuro se modifica y condiciona en función de la evolución y pronóstico de la enfermedad. El tiempo empieza a pautarse de manera diferente, a partir de los períodos de tratamiento, períodos de descanso, períodos de control.

Si es necesaria la internación, la desestructuración será todavía mayor. El hospital y los procedimientos médicos, si bien tienen por objeto mejorar la salud, tienen a menudo severos efectos para el paciente: aislamiento, separación del grupo familiar, pautas de convivencia impuestas por la institución, efectos secundarios del tratamiento, dolor, miedo, ansiedad.

Su capacidad de decisión se ve afectada por las condiciones que le imponen el tratamiento y el medio en que está inmerso, afectando la sensación de control sobre su propia vida y su autonomía, en síntesis, su sentido de libertad. El paciente ve alterado también su sentido de corporalidad. Vive cambios en su cuerpo que no puede controlar ni predecir, vive su cuerpo como extraño a sí mismo. (Blanco, 1986)).

En el largo proceso de su enfermedad, los pacientes van experimentando pérdidas de toda índole: físico, emocional, social, financiero, espiritual. Se ven enfrentados a la necesidad de elaborar sucesivos duelos por lo que ya no podrán realizar, por cambios en su imagen corporal, en el rol social, por la pérdida de habilidades o partes del cuerpo. Esta sensación abrumadora conlleva tristeza,

temor, rabia y otros sentimientos difíciles de manejar.

También deben enfrentar múltiples temores. Los más importantes y frecuentes son: temor al dolor físico y al sufrimiento, a la separación que implica la hospitalización, a la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez, a perder el control de sí mismo, a ser un estorbo para los demás, a la pérdida de la familia y amigos, a la soledad, a perder su autonomía, a la pérdida de la dignidad, a lo desconocido y a la muerte. (Fonnegra de Jaramillo, 1988)

3.- Abordaje del paciente con enfermedad crónica

Muchos autores han investigado sobre la naturaleza del padecimiento de los enfermos crónicos y terminales. Desde el clásico estudio de E. Kübler Ross, en 1969, que describe el proceso de aceptación de la realidad en cinco fases, reformuladas en el modelo circular de A. Stedeford en 1984; y también el modelo de C. M. Parkes en 1988; todos estos aportes permitieron ampliar la comprensión del proceso emocional de adaptación a la enfermedad que viven los pacientes. (Comas y Schröder, 1996)

Saunders (1980) con el concepto de Dolor Total advierte sobre la necesidad de atender otras dimensiones que conforman la experiencia de dolor cuando se atraviesa la circunstancia de vivir con una enfermedad grave, (dolor psíquico, social (familiar) y espiritual).

Otros autores trabajaron sobre el concepto de sufrimiento interesados en diferenciarlo de la experiencia del dolor. Bayes (1996), a partir de las conceptualizaciones de Cassell, y de Chapman y Gravin, considera que una persona sufre cuando: a) experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial, en general de curso incierto, que valora como una amenaza importante para su existencia (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer metastático inoperable), o integridad somática (por ejemplo, la necesidad de amputación o supresión de un órgano) o psicológica (por ejemplo, un diagnóstico de Alzheimer o la pérdida de un ser querido); y b) al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.

En consecuencia, al atender los aspectos emocionales de los pacientes, lo importante no son los síntomas en sí mismos (ni la similitud de la situación en que se encuentran en relación a otros pacientes) sino las valoraciones amenazadoras que los mismos

suscitan en las personas que los padecen. (Bayés, 1998).

A partir de esta conceptualización Bayés y col (1996) desarrollaron un modelo de intervención integral que consideran puede servir de guía para la atención del sufrimiento:

Identificar síntomas o situaciones que son percibidas como una amenaza importante. Establecer su grado de prioridad amenazadora desde el punto de vista del paciente.

Tratar de compensar, aliviar o eliminar esos síntomas que incluyen los psicosociales y espirituales.

Descubrir y potenciar los recursos propios del paciente con el fin de disminuir, eliminar o prevenir la sensación de impotencia.

Si el estado de ánimo del enfermo presenta características ansiosas o depresivas habrá que utilizar técnicas específicas, farmacológicas o psicológicas.

Siempre que sea posible aumentar la gama de satisfactores proporcionando alegría y gusto por vivir con intensidad el presente.

En la revisión bibliográfica encontramos que la mayoría de los musicoterapeutas que trabajan con pacientes con enfermedades crónicas o en las fases finales de la enfermedad orientan sus objetivos de atención tanto al alivio de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales, como a potenciar y desarrollar recursos propios que les permitan un mejor afrontamiento.

4.- Musicoterapia y medicina

En los últimos años se observa un crecimiento sostenido en el número de publicaciones referidas a la Musicoterapia y su aplicación en el campo de la Medicina.

En el encuadre médico, los musicoterapeutas pueden integrarse a los diferentes efectores del sistema de salud: servicios de hospitales generales, clínicas de rehabilitación, hospices, y hacerlo en las modalidades de internación, tratamiento ambulatorio y/o cuidado domiciliario.

A partir de la revisión bibliográfica, autores como Bruscia y Dileo definieron y sistematizaron el lugar de la Musicoterapia en el campo de la Medicina. Según Bruscia el área de las prácticas médicas "incluye todas las aplicaciones de la música o de la musicoterapia en donde el objetivo primario es ayudar al paciente a mejorar, recuperar o mantener la salud física". El autor incluye en esta categoría "todos los abordajes cuyos objetivos apuntan al tratamiento directo de las enfermedades o traumas biomédicos, así

como aquellas prácticas que abordan los factores psicosociales correlacionados". En el primer caso, la atención musicoterapéutica busca producir cambios en la condición física del paciente, por ejemplo, las aplicaciones de la musicoterapia para el control y alivio del dolor. En el segundo caso, cuando el objetivo es psicosocial, el trabajo en musicoterapia apunta a atender las dimensiones emocionales, sociales o espirituales relacionadas con el problema biomédico, así como también ofrecer apoyo psicosocial al paciente en el transcurso de su enfermedad, tratamiento o internación. (Bruscia, 2000). Generalmente, el abordaje musicoterapéutico con pacientes con enfermedad crónica, toma ambas vertientes según las necesidades de cada momento.

Las investigaciones y las experiencias clínicas han demostrado la eficacia de la musicoterapia para atender una amplia variedad de necesidades de los pacientes:

- Reducción del stress y la ansiedad;
- manejo no farmacológico del dolor y el discomfort;
- participación activa y positiva del paciente en su tratamiento;
- disminución del tiempo de internación;
- cambios positivos en el estado de ánimo y emocionales;
- establecimiento de una relación de confianza entre el paciente y sus cuidadores;
- relajación para el paciente y el entorno familiar;
- empleo del tiempo en una tarea creativa, significativa, realizada junto con otra persona. (American Music Therapy Association).

Otros autores resaltan el aporte de la práctica musicoterapéutica para:

- reducir el stress, el trauma y el miedo a la enfermedad y las lesiones tanto para el paciente como para sus familiares o seres queridos;
- trabajar con los sentimientos sobre la muerte, invalidez, secuelas, etc;
- resolver conflictos interpersonales entre el paciente y sus seres queridos;
- facilitar la toma de decisiones acerca del tratamiento a ser realizado;
- reducir la depresión, la ansiedad, el stress y el insomnio debidos a la enfermedad, al tratamiento o a la convalecencia;
- facilitar grupos de apoyo de pacientes;
- reforzar actitudes positivas, saludables. (Bruscia, 2000)

Marlene Jackson (1995) a partir de una revisión bibliográfica acerca de los beneficios

de la inclusión de la musicoterapia en los cuidados paliativos, encuentra que:

Básicamente, la musicoterapia apunta a la calidad de vida y complementa el objetivo primario de los cuidados paliativos de atender las necesidades espirituales, psicológicas, emocionales y cognitivas del paciente y su familia (Munro and Mount, 1977). La musicoterapia puede dirigirse al control del dolor físico (Bailey, 1993). En un nivel más subjetivo, la musicoterapia puede apuntar el sufrimiento espiritual (Bellamy & Willard, 1993; Frohnmayer, 1994) y el sufrimiento psicosocial/emocional (Salmon, 1993) vivido por un paciente de cuidados paliativos y los miembros de su familia. La musicoterapia también tiene la capacidad de unir a pacientes y miembros de su familia para "experimentar sentimientos de paz interior, bienestar y alivio. (Bailey, 1984, p.16)

5.- Abordaje musicoterapéutico

Algunos objetivos que orientan nuestra tarea en esta área son:

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Ofrecerles un espacio donde elaborar las conflictivas que supone la enfermedad así como las circunstancias específicas de la internación. Dando lugar a lo que significa para cada uno de los pacientes el dolor (en sus dimensiones físico, psíquico, social, espiritual) que implica el padecer una enfermedad crónica.

Acompañar y facilitar el trabajo de duelo ante las sucesivas pérdidas que va viviendo: autonomía, imagen corporal, trabajo o proyectos futuros.

Ayudar al paciente y a su familia a movilizar los recursos existentes y a desarrollar nuevos y más efectivos mecanismos para enfrentar la situación y buscar soluciones.

En el transcurso de nuestra experiencia atendiendo a pacientes con enfermedades crónicas, hemos delimitado tres ejes que atraviesan y orientan nuestra práctica clínica en las diferentes fases que van atravesando (Tosto, Santesteban, 2000; 2009), ellos son:

La necesidad de rescatar el lugar de subjetividad más allá del deterioro físico.

La biomedicina, apoyada en un saber anatómico – fisiológico, orienta sus acciones hacia la enfermedad ya instalada con el fin de recuperar la salud. La mirada médica no encuentra un sujeto sufriente sino un cuerpo en donde falla una función o un órgano. "La subjetividad del paciente es puesta entre paréntesis y desaparece bajo los parámetros

biológicos que la sustituyen". (Rovaletti, 1998).

Esta visión de la enfermedad promueve que el enfermo se abandone pasivamente al cuidado del médico, a la espera de que el tratamiento haga efecto porque considera su enfermedad como algo extraño que le sobreviene. No hay lugar para preguntarse por el sentido íntimo de la dolencia que lo aqueja, ni hacerse cargo de ella. (Le Breton, 1995).

Nuestra propuesta se orienta entonces a rescatar este lugar de la subjetividad, más allá del deterioro físico, atender a un sujeto, en su singularidad, más allá de su diagnóstico. El objetivo es que el paciente pueda encontrarse con recursos propios, que pueda retomar la iniciativa de su vida, de su tratamiento, la capacidad de decidir aún en una situación vital que le muestra el deterioro constante de su cuerpo, y en una circunstancia en donde se encuentra sometido a decisiones que otros toman sobre su cuerpo.

Para ello ponemos a su disposición recursos y estrategias que faciliten la emergencia de lo creativo, como aquello que da cuenta de la singularidad. Musicoterapia se ofrece así como un espacio para que el paciente pueda desplegar sus potencialidades así como también encontrarse con sus posibilidades de afrontamiento y transformación.

"Las sensaciones de plenipotencia y las percepciones de un sentido de control sobre las circunstancias de la vida han sido asociados en varios estudios, con la salud y la supervivencia (Dileo-Maranto, 1988)". Numerosos autores citan el uso de la musicoterapia para dar soporte a estas sensaciones de control. "Esto es significativo para adultos que están enfermos y es todavía más importante para los niños, que son extremadamente vulnerables e indefensos en la situación médica". (Dileo, 1997)

El valor de la continuidad en la asistencia, (en lo posible, no interrumpida a pesar de la gravedad del cuadro clínico)

El largo proceso de la enfermedad puede agotar los recursos emocionales, económicos, de sostén de la familia. El agravamiento del cuadro clínico, y la incertidumbre en relación a su futuro, aumenta la vulnerabilidad del paciente. Y en muchos casos los lazos sociales que mantienen se han fragilizado.

También puede suceder que los pacientes, principalmente en sus etapas finales, sufran de aislamiento emocional por parte del equipo de salud, que se siente impotente ante la inminencia de la muerte, y de la familia y

amigos que evitan permanecer mucho tiempo con el paciente porque no saben qué decir ni cómo actuar.

En este contexto el vínculo establecido con el musicoterapeuta adquiere otras significaciones. Adquiere mayor importancia la promesa de reencuentro, el compromiso de acompañarlo, de no abandonarlo.

Proponemos el seguimiento del paciente según las diferentes situaciones que va atravesando. Esto implica tanto la atención domiciliaria como en la institución hospitalaria cuando el paciente necesita ser internado. Y dentro del hospital el seguimiento, en la medida de lo posible, en las distintas salas o áreas, por ejemplo, si el paciente requiere ser internado en terapia intensiva.

Flexibilidad en el abordaje.

En este campo es necesario ser flexible y creativo en la búsqueda continua de abordajes posibles, teniendo como eje del trabajo atender a las necesidades siempre cambiantes del paciente. Estas necesidades irán cambiando en el transcurso de la enfermedad, de la dinámica de la transferencia, de una internación a otra. Esta flexibilidad atiende también al encuadre cuando la tarea se realiza en el ámbito del hospital: características de la sala, (general, individual, etc); procedimientos que deban realizarse; circulación de otros profesionales, etc. O en el domicilio, con la presencia de los familiares. Cuando un paciente ingresa en los estadios terminales de la enfermedad es necesario hacer modificaciones en el abordaje para continuar asistiéndolo. En esta etapa, puede observarse, en el hospital, mayor presencia de los familiares, en ocasiones convocados por la misma institución, dada la gravedad del cuadro clínico. Esto constituye una nueva variable a considerar en el tratamiento. Al respecto, Jaramillo (1992) considera que los terapeutas debemos desarrollar la capacidad de balancear sana y flexiblemente la teoría y la práctica y de ser creativos en la búsqueda de abordajes alternativos. Por su parte, Salmon (1995) considera que para trabajar en este ámbito se requiere flexibilidad para capturar las oportunidades terapéuticas en un clima de incertidumbre. La necesidad de ser flexible puede generar tensión con nuestra especificidad disciplinar, y esto debe ser trabajado en el equipo de musicoterapia y en la supervisión. Consideramos que los límites entre la flexibilización del abordaje y la especificidad de la disciplina se

singularizan en la transferencia, y en cómo el musicoterapeuta se articula con la ética.

6.- Estrategias y recursos

Plantear un abordaje terapéutico desde la música, muchas veces facilita el establecimiento de un vínculo con el paciente. Este hecho cobra relevancia en aquellos encuadres de trabajo, como la sala de internación, donde desconocemos el tiempo del que dispondremos para trabajar con el paciente. A partir de las preferencias musicales, a partir de su historia musical, podemos comenzar a acercarnos al paciente y al medio socio-cultural del que proviene. (Santesteban, Tosto, et al 1996)

Si bien la música porta una significación que le es otorgada por la cultura de la que emerge y en este sentido puede representar a un grupo social determinado, también puede constituirse en expresión del modo personal de habitar la situación vital, el modo personal de vivir la circunstancia de la enfermedad. (Santesteban, Tosto, et al 1996), De esta manera, el material sonoro, en transferencia, permite escuchar el posicionamiento subjetivo del paciente. (Tosto, Santesteban, 2000)

A partir de las Canciones, que un paciente elige escuchar, cantar, tocar, es posible explorar las fantasías, creencias y temores asociados a la enfermedad, a la situación de internación o al tratamiento, para comenzar un trabajo de elaboración.

Las canciones permiten también la expresión y validación de emociones, temores, sentimientos de culpa, o sentimientos relacionados a la mayor dependencia y continuas pérdidas que la enfermedad acarrea. Principalmente cuando su expresión verbal se vuelve difícil o amenazante. Todo ello contribuye a la reducción de la ansiedad en el paciente. (Hogan, 1999) Trabajar con las canciones favoritas, conocidas, canciones de cuna, villancicos puede brindar sentimientos de seguridad, bienestar, relajación, alivio principalmente en momentos marcados por la incertidumbre o de gran necesidad afectiva. (Loewy & Stewart, 2005)

La creación de canciones permite también, a través de un medio seguro, expresar emociones, sentimientos, mensajes o reflexiones personales sobre la situación vital que se está atravesando.

Grabación

Como derivación del trabajo con canciones puede surgir el deseo de grabar su producción como dedicatoria a un ser

querido, como una despedida o un legado de música o canciones.

A partir de la dedicatoria es posible trabajar los vínculos del paciente con personas significativas de su historia de vida. En el legado ya está presente la necesidad de trascendencia, el deseo de permanecer de algún modo para los otros.

De esta manera, la grabación permite a los pacientes "jugar" con la posibilidad de donar, entregar, perdurar o permanecer en aquellos seres que le son valiosos (canciones de cuna para un hijo, canciones que cantaba con algún ser querido, un testimonio de su vida, un mensaje para alguien). Muchas veces son los familiares los que conociendo el trabajo realizado, solicitan estas grabaciones como recuerdo de su ser querido.

La grabación de la propia voz adquiere un valor singular en nuestro trabajo. Muchas veces la enfermedad provoca cambios corporales, caída del cabello por ejemplo, en esos momentos que el espejo devuelve una imagen difícil de reconocer como propia, la voz permanece como garantía de identidad, como aquello que representa al sujeto, en donde puede reconocerse.

Audición

La música facilita el surgimiento de procesos ligados a la evocación. Esto permite al paciente identificar y conectarse con momentos significativos de su vida; con momentos previos a la enfermedad, con sus expectativas y deseos, permitiendo recuperar el sentido de sí mismo más allá de los cambios constantes o el deterioro producido por la enfermedad, todo esto contribuye a mejorar la autoestima.

Este potencial de evocación de la música, también le ofrece oportunidad de revisar y discutir la relevancia e importancia de las memorias y asociaciones (Hogan, 1999).

En ocasiones esta cualidad evocativa permite al paciente ir historizando su vida, rearmando su pasado, recordando buenos y malos momentos. Este trabajo puede permitir revisar relaciones, facilitar reconciliaciones, con uno mismo y los demás, cerrar vínculos, encontrar sentido a su vida, propiciar despedidas.

Fonnegra de Jaramillo (2006) considera que mirar atrás no solamente es recomendable para evaluar y encontrarle un sentido a nuestro paso por la vida, sino también porque recordar los momentos vividos con felicidad, amor, ilusión y gratitud es una de las experiencias más amables y reconfortantes en este duro recorrido.

Muchos pacientes disfrutaban esos momentos en que parecen alejarse de la situación que están viviendo, abstraerse del entorno y conectarse con buenos momentos vividos. Es posible observar, luego de la sesión, cambios en la postura y en el rostro, aparecen sonrisas, nos muestran fotos de sus hijos.

Sin embargo puede suceder que algunos pacientes, por esta cualidad de evocación, eviten el contacto con el material sonoro ya que éste los puede remitir a situaciones dolorosas que aun no están preparados o con disposición a abordar.

En ocasiones, la música cumple una función mediatizadora de la presencia del musicoterapeuta. En esos casos, la audición por parte del paciente, del material musical trabajado durante las sesiones, fuera del encuadre de las mismas, prolonga la presencia del musicoterapeuta entre sesión y sesión y se convierte en promesa de re-encuentro con éste. Esta posibilidad adquiere relevancia en aquellos momentos de mayor incertidumbre y vulnerabilidad por el dolor y malestar causado por el avance de la enfermedad.

7.- Consideraciones finales

Acompañar a un paciente con enfermedad crónica por las distintas etapas por las que va atravesando, confronta al musicoterapeuta con sentimientos y emociones que a veces pueden resultar difíciles de manejar. Es necesario estar advertido de ello para implementar estrategias preventivas que eviten al profesional el agotamiento emocional producto del burn out.

Coincidimos con Fonnegra de Jaramillo (1992) que trabajar en esta área exige desarrollar:

- 1.- Capacidad de tolerar el contacto cercano con el sufrimiento, la incertidumbre, la impotencia y la muerte.
- 2.- Comprensión del proceso de duelo y resolución previa de sus propias pérdidas.
- 3.- Confrontación previa con su propia mortalidad.
- 4.- Ser conscientes de las propias limitaciones y por consiguiente desarrollar la capacidad de tolerancia a la frustración.
- 5.- Poseer un sólido entrenamiento y disponer de mecanismos de soporte propios.
- 6.- Tomar conciencia de la responsabilidad que contraemos.
- 7.- Asumir un compromiso ético de conocer y responder a las necesidades del paciente.

Como hemos dicho, las enfermedades crónicas representan un desafío para el saber

biomédico dada las múltiples dimensiones del ser que ellas afectan.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. (Schwartzmann, 2003)

Esto torna necesario la constitución de equipos interdisciplinarios que asistan a la persona enferma, y no meramente a su enfermedad, atendiendo y contextualizando los aspectos biofísicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

En este contexto la Musicoterapia viene desarrollando su práctica en el área de la Medicina ganando reconocimiento creciente por su contribución específica a una mayor calidad de vida de los pacientes.

Se suma así a otras disciplinas que buscan una atención personalizada y humanizada que permita dar lugar a los aspectos de la subjetividad del paciente extendiendo su interés a la familia o cuidadores.

Referencias Bibliográficas

Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. (1996) Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa". *Medicina Paliativa*; 3: 114-12

Bayés, R. (1998) Psicología del sufrimiento y de la muerte, *Anuario de Psicología*, vol 29, nro 4, 5-17. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Blanco, M (1986). Características psicológicas del paciente oncológico. Asociación Argentina de Cancer. Introducción a la enfermería oncológica, fascículo I s I. p 21-9.

Bruscia, K. (2000) *Definiendo Musicoterapia*, (2da ed), Río de Janeiro: Enelivros.

Comas MD, Schöeder M. (1996) Proceso de adaptación a la enfermedad avanzada y terminal. En: Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P, editores. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: JIMS; p. 249-61.

Dileo, Ch. (1997) Reflections on Medical Music Therapy: Biopsychosocial Perspectives of the Treatment Process,

en: *Music Therapy and Pediatric Pain*, editado por J.Loewy, Cherry Hill, N J: Jeffrey Books.

Fonnegra de Jaramillo, I. (1988) Aspectos tanatológicos de la enfermedad crónica. Conferencia pronunciada en el Congreso de Enfermería, Centro Médico de Los Andes, Colombia.

Fonnegra de Jaramillo, I. (1989) El Duelo Anticipatorio: aspectos clínicos e Intervención. *Memorias del IV Congreso Colombiano de Psicología Clínica*.

Fonnegra de Jaramillo, I. (1992) "Asistencia psicológica al paciente terminal", en *Morir con dignidad*, Fundación Omega, Bogotá, Amazonas Editores Ltda.

Fonnegra de Jaramillo, I (2006) *Morir bien, un compromiso personal*. Bogotá: Editorial Planeta.

Hogan, B. (1999) *Music Therapy at the end of life: searching for the rite of passage*. En *Music therapy in palliative care: new voices*, London: Jessica Publishers.

Jakson, M. (1995) *Music Therapy for living: a case study on a woman with breast cancer*. *Canadian Journal of Music Therapy*, Vol III, nro 1.

Le Breton, D. (1995). cap 9, *Medicina y Medicinas: de una concepción del cuerpo a concepciones del hombre*. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 173-192.

Loewy, J. & Stewart, A. (2005). The use of lullabies as a transient motif in *Ending Life*. *Music therapy at the End of Life*. USA: Jeffrey Books. 14, 141-158.

Prece, G.; Schufer, M.(1995) *Entre la espada y la pared*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Rovaletti, M. (1998) El saber biomédico y la metáfora mecanicista. En: *Perspectivas bioéticas en las Américas*, Año 3, Nro 6. Buenos Aires: FLACSO-Primo Editora.

Salmon Deborah (2004) Ednotes: Music Therapy in Palliative Care. <http://www.scena.org/lsm/sm10-1/soins-palliatifs-en.htm>.

Santesteban, S; Tosto, V; Uehara, H; Villagra, S. (1996) *Musicoterapia y Sida: Mujeres viviendo con VIH*. Octavo Congreso Mundial de Musicoterapia. Hamburgo, agosto, (paper)

Saunders, Cicely. (1980) *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Londres: Editorial Salvat.

Schwartzmann, L. (2003) *Calidad de vida relacionada con la Salud, aspectos conceptuales*. *Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21*, Montevideo.

Tosto, V; Santesteban, S. (2000): *Musicoterapia y Cuidados Paliativos*. Primer Simposio Chileno de Musicoterapia, Santiago de Chile, (paper).

Tosto, V; Santesteban, S. (2009): *Musicoterapia en la atención de enfermedades crónicas*. II Jornadas de Difusión Científica H.I.G.A San Martín, La Plata, octubre, (paper).

Vinaccia, S; Orozco, L: "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas". *Diversitas v 1 n 2 Bogotá*, 2005.

PROYECTO TRANSDISCIPLINARIO DE MUSICOTERAPIA Y EXPRESIÓN CORPORAL EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Darío A. Valle, Florencia Ciliberto.
Contacto: valledario@hotmail.com.ar

*“Si no podemos poner fin a nuestras diferencias,
Contribuyamos a que el mundo sea un lugar apto para ellas”
John Fitzgerald Kennedy*

La humanidad ha demostrado contar con una inquietud natural que lo predispone para la asunción de desafíos. Tal es así, que a través de la historia, no dudamos en destacar y hasta admirar aquellas personas que han podido vencer obstáculos casi insalvables, llegando a constituirse en íconos de la voluntad. Naciones enteras han encumbrado a valientes personas que han sabido defender territorios e ideales y fueron elevadas a la categoría de héroes.

Pero hay un grupo destacado que siempre nos ha subyugado por su especial aptitud de superación. Este grupo es el constituido por ciertas personas, que además de su afán de superación, han contado con una rara y difícil condición inicial que las hace aún más encumbradas. Sujetos que habiendo nacido con deficiencias físicas, sensoriales o psíquicas no entendieron su condición como impedimento, sino que fueron más allá de lo materialmente esperable. Es así que podemos encontrar a un presidente Roosevelt, que en su silla de ruedas no escatimó enfrentar a la empresa bélica más terrible de la historia sacando a su país victorioso, y sentenció: “A lo único que debemos temerle es al miedo mismo.”

Entre nosotros, músicos y amantes del arte aquí presentes, no podemos ignorar al gran compositor de Bonn. Ludwig van Beethoven tomó por costumbre el dar paseos por la campiña vienesa para tomar nota de la música que oía en su interior, y su sordera no impidió que nos dejara el legado de algunas de sus más magníficas obras, incluidos los últimos cinco cuartetos de cuerda, la Missa Solemnis y la imponente Novena Sinfonía.

Las elecciones de vida han implicado adentrarse en un terreno cuyo sendero no siempre es amable. Para llegar a destino debemos aceptar las lecciones que nos da la experiencia. Pero más destacable aún es

cuando en la lucha contamos con otras dificultades. Tal el caso de los sujetos que portan discapacidad.

Las personas que cuentan con dificultades, además de las propias, suman la desventaja del estigma social. Goffman⁶¹ atesora la idea de estigma, la cual remite a “las características de comportamiento o etiquetas que marcan simbólicamente al individuo, causan vergüenza, desaprobación e infortunio y conducen a la discriminación social.”

La simple consideración de que el sujeto es “deficiente” nos pone frente a la idea prejuiciosa de una población normal, a la que se debe aspirar. De allí conceptos tales como “pedagogías correctivas” y “normalización” habitualmente usados en la Educación Especial.

En nuestra propuesta, el interés está centrado en las posibilidades más que en los límites, en remarcar lo que sí es posible y en la potenciación de las aptitudes. Combatir el estigma desde el Arte es lo que nos impulsa a integrar esta propuesta en las escuelas, y poder contribuir a la construcción de una autoestima y valoración personal de cada uno de nuestros alumnos.

Educación Especial, Expresión Corporal y Musicoterapia

El trabajo con los Sujetos que portan alguna discapacidad siempre se ha constituido en un desafío para quienes han decidido abordarlo. Profesionales de las más diversas disciplinas han contribuido para delinear los posibles modos de acercamiento, ya sea en procesos de rehabilitación o psicoeducativos. Como consecuencia de estos avances en el área de la Educación Especial, la tarea con las

⁶¹ Goffman, E. (2000) “Estigma, la identidad deteriorada”, Amorrortu, Buenos Aires.

personas con necesidades educativas especiales se ha desarrollado de tal modo que ya casi es imposible pensar algún quehacer profesional que no tenga en cuenta las necesidades de esta población específica. La Expresión Corporal y la Musicoterapia no son extrañas a este planteo.

A raíz de la reforma educativa planteada por la Ley Federal de Educación ⁶², la Educación por el Arte se encuentra integrada formalmente al Sistema Educativo. Posee contenidos y expectativas de logro específicos, y tiene la función de “desarrollar la capacidad de percepción y de comprensión, de fortalecimiento de la identidad propia y de los sentimientos y, en consecuencia, es un organizador estético del conocimiento.” ⁶³

Seguidamente, comentaremos con ustedes las particularidades de las disciplinas de la Expresión Corporal y la Musicoterapia en el ámbito de la Educación Especial.

La Expresión Corporal en el Contexto Educativo

“En Expresión Corporal apuntaremos fundamentalmente al *qué hacer*, y no siempre el *cómo hacerlo* (...). Tampoco nos detendremos exclusivamente en lo que el alumno *no sabe hacer*, sino que revalorizamos lo que *sabe*.”⁶⁴

Poder brindar un espacio en el cuál cada niño encuentre su PROPIA manera de moverse, expresarse; esa es la premisa de nuestro trabajo. La Expresión Corporal es la danza al alcance de todos, aquello que cada persona puede manejar sin hacer uso de preconceptos ni parámetros físicos que lo regulen.

Descubrir que, además de ser capaces de mover el cuerpo en general, es posible focalizar el movimiento en alguna zona en particular, y a su vez experimentar diferentes *calidades* de movimiento. Por ejemplo, cuando le proponemos a los chicos “acariciar el aire”, no solo con las manos sino también con el rostro, el pie, entre otras; y luego oponerse a esta *calidad* “cortando el aire”; para así redescubrir un nuevo espacio o niveles en el espacio, estamos formando pilares que apuntan a generar una

autonomía, tanto en el movimiento, el pensamiento, las sensaciones y las imágenes. Patricia Stokoe, quien fuera pionera de la disciplina en la Argentina, además de introducirla en el ámbito escolar, afirmó: “(...) la Expresión Corporal como actividad escolar contempla esta necesidad de integración del niño al trabajar el cuerpo, los afectos, la motricidad, el pensamiento, la creatividad y comunicación simultáneamente.”⁶⁵, haciendo hincapié en el proceso y no en el resultado. Nos interesa que el niño pueda ir hacia la búsqueda y conquista de logros, adquisición de diferentes habilidades, incorporar nuevos elementos sensorios-motrices o reelaborarlos permitiendo así un óptimo proceso de crecimiento.

La percepción comienza a cobrar un rol protagónico; los sentidos se abren a nuevas posibilidades, dando lugar a nuevas formas de comunicación. Este hecho es evidente en la escucha que efectúan sobre sí mismos cuando cuentan que sienten donde aparecen recuerdos e imágenes, cuando dejan que la música o la propuesta resuene en su cuerpo, en su hacer, su danza.

Como guías o coordinadores de la tarea, los autores Grondona y Díaz proponen: “(...) crear una atmosfera de confianza, de comprensión y apoyo. Otras será el ordenador, el moderador o el impulsor.”⁶⁶

Observar y escuchar que es lo que los chicos proponen, cuál es su estado de ánimo, para crear así un espacio donde puedan desplegar sus emociones, compartir, mostrar o poder tomar acciones, sonidos, movimientos del otro, y a su vez ser capaces de transformarlos. Abrir la imaginación, partir de una reproducción de una acción cotidiana y luego utilizar los denominados *modificadores del movimiento, Espacio-Tiempo-Energía*.

“(...) podemos afirmar que el encuadre de la educación por el arte si bien se reconoce el valor del producto artístico alcanzado por cada uno, el producto en si se valoriza más bien como un logro en el desarrollo personal (persona o grupo de personas).”⁶⁷ Promovemos el trabajo grupal, el enriquecimiento que el mismo ofrece, pero sin perder de vista lo particular y único de cada individuo.

⁶² Ley Federal de Educación N° 24.195 (1993)

⁶³ Contenidos Básicos Comunes para la Educación General Básica, Ministerio de Cultura y Educación, Buenos Aires, (1995)

⁶⁴ Grondona, L.; Diaz N. (1999) *Expresión Corporal. Su enfoque didáctico*. p. 23.

⁶⁵ Stokoe, P. (1990). *Expresión Corporal. Arte, Salud y Educación*. p.34.

⁶⁶ Grondona, L.; Diaz, N. (1999) *Expresión Corporal. Su enfoque didáctico*. p. 23.

⁶⁷ Stokoe, P. (1990). *Expresión Corporal. Arte, Salud y Educación*. p.26.

La Musicoterapia en la Educación Especial

Específicamente en relación al trabajo musical en niños de Educación Especial, es la misma Alvin⁶⁸ quien dedica gran parte de su tiempo a estos sujetos en su construcción de la nueva disciplina musicoterapéutica.

La Educación Especial es la encargada de brindar las ayudas necesarias y promover el desarrollo de los sujetos con discapacidad. Hace ya un tiempo considerable que las actividades artísticas forman parte de la currícula oficial de las escuelas de esta modalidad.

Los documentos oficiales de Educación Especial de nuestro país dan suficiente aval teórico de las actividades artísticas, y más específicamente las musicales, que justifican la presencia de esta disciplina en las escuelas de área. Así, en la fundamentación hacia el tratamiento terapéutico del niño con necesidades educativas especiales, la Currícula del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires⁶⁹ se considera que "las actividades musicales constituyen una forma de abordaje, una vía de acceso a su mundo, para lograr establecer alguna forma de comunicación, obtener algún tipo de respuesta, en la medida en que se recurre a las emociones y sensaciones más elementales. A través de ellas el docente podrá ayudarlo a salir de sí mismo y afrontar la realidad, conducir paulatinamente su mundo relacional y emocional ya que la música estimula y aumenta la posibilidad imitativa y de respuesta, desarrollando los islotes de inteligencia y destreza especiales que poseen."

Los objetivos musicales planteados en la educación de los niños con discapacidad, tienen que ver con los siguientes aspectos: la estimulación de la comunicación, la toma de conciencia del propio cuerpo como elemento sonoro, el desarrollo de la comunicación integrando los niveles oral, instrumental y corporal y la concientización del efecto de su conducta sonora en el grupo.

Presentación del Proyecto

Este trabajo se basa en una propuesta transdisciplinaria, entre la Musicoterapia y la Expresión Corporal, y se corresponde con el desarrollo de un Proyecto Interinstitucional. El mismo incluye a la Dirección de Educación

Especial del GCBA y al Departamento de Artes del Movimiento del IUNA, carrera de Expresión Corporal, de los cuales, además formamos parte. El mismo se ha gestado desde mediados de 2010.

La particularidad de este Proyecto, está dada por la participación de agentes de la Expresión Corporal (estudiantes avanzados y graduados) en una actividad de integración con un Musicoterapeuta a cargo en Escuelas Especiales y Domiciliaria. Por lo cual, se pretende dar así un marco de trabajo transdisciplinario, tan útil como necesario en el contexto educativo.

El sentido de concebir un proyecto integrado entre la Musicoterapia y la Expresión Corporal, deviene de la necesidad de crear un espacio de experimentación y reflexión que permita entender a las Artes y al ser humano en su integridad física, emocional y relacional; habilitando así el espacio de la comunicación que convoca a uno mismo y al entorno.

En consecuencia, la consideración de la Educación Musical y la Expresión Corporal en el ámbito de la Escuela Especial y Domiciliaria permite entender a ambas disciplinas como favorecedoras del desarrollo en los alumnos que participan en esta modalidad educativa, a partir de la experimentación y el goce en el trabajo con el propio cuerpo, con el discurso sonoro-musical y con el entorno.

Objetivos del Proyecto

Que los alumnos que participen del Proyecto, lleguen a:

- Apreciar el lenguaje corporal y musical como medio de comunicación y socialización.
- Valorar las posibilidades y limitaciones expresivas propias y las del otro.
- Cultivar el goce por el juego.
- Posibilitar la exploración del movimiento como una vía de expresión y de goce estético.

Contenidos Conceptuales del Proyecto

- Socialización.
- Comunicación (intrapersonal-interpersonal).
- Conocimiento de las posibilidades y limitaciones del cuerpo en el espacio.
- Educación del Movimiento (espacio-tiempo-energía) y Educación Musical (pulso, fraseo, uso del objeto sonoro)
- Roles y Juegos Teatrales.
- Improvisación.
- Proceso Creativo, individual y colectivo.
- Paisaje Sonoro.

⁶⁸ Alvin, J. (1965) "Música para el niño disminuido", Ricordi, Buenos Aires.

⁶⁹ Diseño Curricular de Escuelas de Educación Especial - Ministerio de Educación del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (1990).

- Hábitos posturales: Eje, alineación, respiración, conciencia corporal.
- El cuerpo y el objeto. El objeto sonoro.

Contenidos procedimentales

- Exploración del propio movimiento y de los ajustes al contexto sonoro.
- Experimentación sensoperceptiva, definiendo las propias capacidades y límites, a través de juegos, improvisaciones e expresiones artísticas afines.
- Exploración de los objetos sonoros para la creación de paisajes sonoros y su corporización.
- Niveles de ajuste musical en el movimiento: global y puntual.
- Exploración de la secuencia histórica en los juegos dramáticos.

Conclusión

En nuestra propuesta, la intención es que las producciones que los niños realizan se lleven a cabo en un entorno lúdico, que impliquen, por una parte, el disfrute y seguridad emocional, y, por otro, un aprendizaje de ciertos elementos de los lenguajes artísticos. Fomentamos a través del juego la experiencia del goce, lo espontáneo, el deseo, las necesidades, la alegría y la imaginación, que hacen a la construcción del proceso creativo. Desde dicho proceso los impulsamos a adquirir hábitos posturales que favorezcan su bienestar general, en su cotidianeidad y en su *danzar y cantar*, activar consignas o propuestas que puedan sorprenderlos, iniciarse desde lo simple y luego complejizar, lograr un verdadero despliegue de su creatividad. Desde el lenguaje musical, estimular el placer por el hecho estético del propio lenguaje y dar herramientas para la asunción del discurso musical y su estructura. En ambas disciplinas, no descuidamos el rol fundamental de la improvisación como herramienta expresiva, creativa y de identidad.

Es en todo proceso que el rol docente acompaña, tanto en la búsqueda e indagación del niño, como en la etapa de organización o coordinación. Somos propulsores a la hora de crear situaciones, climas. En el caso de nuestros alumnos en particular lo que se busca es un disparador de movimiento o

sonoro que luego llevara a una búsqueda propia. Esto, entendemos, es lo que diferencia nuestras disciplinas artísticas de las otras curriculares. Queda claro el concepto referido al docente como guía y no como modelo, como así lo cita en uno de sus libros Patricia Stokoe: "Al copiar el modelo externo se tiende a perder el referente interno. Se ve el resultado pero no la causa del movimiento. En el mejor de los casos se trabaja de afuera (lo que se ve) hacia adentro (lo que se siente), y en el peor no llega adentro por esta tan preocupado por copiar al de afuera".⁷⁰

Es nuestro pensar, que sólo a través del trabajo transdisciplinario es posible hacer una labor eficiente. Entendiendo que la transdisciplinariedad es un proceso por el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vista a generar un conocimiento emergente, damos por sentado que nuestra tarea, no es tanto de dos disciplinas, sino un "enfoque, un proceso para incrementar el conocimiento mediante la integración y transformación de perspectivas gnoseológicas distintas".⁷¹

Para concluir, queremos compartir con ustedes las palabras de alguien que supo cómo trabajar con las diferencias y con el estigma, a las cuales adherimos: "Yo hago lo que usted no puede, y usted hace lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas". Teresa de Calcuta.

Referencias bibliográficas

- Alvin, J. (1965) "Música para el niño disminuido", Ricordi, Buenos Aires.
- Contenidos Básicos Comunes para la Educación General Básica, Ministerio de Cultura y Educación, Buenos Aires, (1995)
- Diseño Curricular de Escuelas de Educación Especial – Ministerio de Educación del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (1990).
- Goffman, E. "Estigma, la identidad deteriorada", Amorrortu, Buenos Aires (2000)
- Grondona, L.; Díaz, N. (1999) *Expresión Corporal. Su enfoque didáctico*
- Ley Federal de Educación N° 24.195 (1993)
- Nicolescu B. (1988) La transdisciplinariedad, una nueva visión del mundo. Manifiesto. Paris: Ediciones Du Rocher.
- Stokoe, P. (1990). *Expresión Corporal. Arte, Salud y Educación*.
- Stokoe, P. (1978). *Expresión Corporal, guía Didáctica para el docente*, Ricordi, Buenos Aires

⁷⁰ Stokoe, P. (1990). *Expresión Corporal. Arte, Salud y Educación*. p.63.

⁷¹ Nicolescu B. La transdisciplinariedad, una nueva visión del mundo. Manifiesto. Paris: Ediciones Du Rocher. 1998

INTERVENCIONES SONORAS Y GESTUALES EN EL TRABAJO MUSICOTERAPÉUTICO CON NIÑOS DE PRESENTACIÓN AUTISTA

Carolina Vesco

Contacto: carovesco@yahoo.com.ar

El trabajo con niños graves convoca continuamente a preguntarse acerca de la constitución subjetiva, como aquel proceso inaugural del psiquismo humano, que en estos casos, aparece de algún modo afectado. Lo que la clínica musicoterapéutica presenta son niños que, al ser convocados por la materialidad sonora, intentan darle una continuidad ininterrumpida, semejante a una reproducción mecánica, que lo sonoro se presente como ilimitado y constante. Cuando la intervención musicoterapéutica se dirige a alterar de algún modo dicha reproducción mecánica, a menudo ésta provoca estados de desesperación, enojo e incluso agresión. Parece resultar intolerable para estos niños privarles de esas acciones. También nos podemos encontrar con una total indiferencia, como si no estuviéramos ahí, mientras ellos continúan con su actividad, inmutables.

Entonces: ¿Cómo intervenir? ¿Qué estrategia permite provocar un cambio y desde qué lógica? Una propuesta, sostenida por la enseñanza psicoanalítica, explica: (Di Vita, 2005)

“Estos niños justamente son el exponente más claro, de cómo el mundo no está dado previamente. Se trata de levantar *mundo* a través de la espacialidad (...) en el que *colocando delante*, produce el *dirigirse a*, privilegiando lo que señala y no lo que significa. No es el significar el que hace mundo, sino que es el espaciar que constituye mundo”. (p.11)

Este modo de operar me llevó a reflexionar acerca de las intervenciones sonoras y gestuales que permitan "interrumpir" lo reproductivo para dar lugar a lo imitativo. Hablar de imitación o mimesis es colocar en escena a otro, es ya concebir dos lugares, donde el sonido y la música, pertenezcan a un contexto vincular y cultural. Donde se ha creado un espacio de encuentro, un espacio.

¿Pero cómo llegar a ese lugar?

Nuevamente la teoría psicoanalítica dice: (Di Vita, 2005: 27) “la extracción y la localización de un *punto de exterioridad*, son los movimientos en transferencia que forjan una espacialización.” Esto sería, en la clínica musicoterapéutica, la detección de aquella manifestación sonora-gestual que aparece como mecánica, reiterativa, para ser imitada por el/ la musicoterapeuta. Esa manifestación de este modo es **extraída**, y a la vez colocada en un **punto exterior**, pues ya no está sólo en el niño sino también en otro lado.

¿Qué ha demostrado la prosecución de esta estrategia en mi clínica?

P. se dirige al teclado y se desparrama sobre las teclas produciendo una sonoridad densa y compacta, al mismo tiempo grita dirigiendo los ojos hacia arriba pero sin mirar aparentemente nada. Intervengo ubicándome a su lado y realizando el mismo gesto, gritando, y con su misma altura tonal. Se detiene, rota la cabeza y me mira. Luego sonrío...

Tomando los conceptos desarrollados por el Equipo ICMus (1999) la primera distinción a la que nuestra escucha debe atender, es a aquello que con el paciente suena. Me refiero, a si suena de modo inintencional o si hay una manipulación dirigida a producir sonoridades: “producción sonora”. Solo en este último caso se podrá evaluar las funciones sonoras intervinientes, como correlato de funciones psíquicas. En la viñeta presentada, lo que suena parece haber acontecido a modo de irrupción sin control del sujeto, por lo que la modalidad de intervención se dirigió a su extracción para habilitar una distancia, un espacio, que permita la ubicación de dos sujetos, como en este caso, donde se produjo una mirada y una sonrisa. Y desde esta situación inaugural se podrá continuar con un intento de comunicación, intercambio, juego, etc.

Quisiera señalar que este tipo de intervención no busca sostenerse en el tiempo, al modo de una imitación, no se trata de una manifestación destinada a integrar intercambios significativos, son fenómenos de desconexión, propios del perfil sonoro vincular aislado, sin posibilidad de empatizar.

C. se acerca al grabador y pega su oreja al parlante, uevo la perilla del volumen hasta dejarlo casi inaudible, C. se separa del parlante y mira el grabador a la distancia, vuelvo a darle volumen, y se vuelve a pegar al mismo, entonces apago y empiezo a cantar... Comienza a desplazarse por el espacio sin detenerse en ningún sitio, realizo la misma acción pero bailando y cantando, él se detiene y mira...

Cuando la música no se percibe como objeto externo, el niño pierde la distancia, pierde oído, no hay límite para esa inundación sonora. Esta vez la extracción es con el silencio, y la puesta en otro lugar, el punto exterior está en mi propio canto. C puede escuchar sin pegarse a mí. Pero sobreviene la excitación psicomotriz, realizo el mismo tipo de intervención (ofrecer su mismo gesto en otro lado) y me mira. Se arman dos lugares: yo, él y un espacio que permite la vinculación.

Conclusión

En el trabajo musicoterapéutico con niños graves, es necesario poder detectar los momentos en los que estos niños se sustraen de la experiencia, "aplanando" lo que suena e indiferenciándose con lo sonoro. Las intervenciones, tanto desde el sonido producido como desde el gesto que acompañe, si se dirigen a interrumpir la continuidad, se ofrecen como portadoras de la *negación* que aún no se ha instalado en la constitución subjetiva.

Sólo a partir de allí y sostenidos por la relación transferencial con su musicoterapeuta, podrán

empezar a operar las funciones sonoras que abran al campo de la interacción sonora-vincular y al diálogo musical.

Referencias bibliográficas

Di Vita, L., Currás G., Dafonte C. (2005): Interrogar al autismo. Hacer espacio del lenguaje. Ed. del Cifrado, Bs. As.

Equipo de Investigación I.C.Mus (2006): Proyecto Música y Psiquismo. Lo psicasonoro. ICMus Editores, Bs. As.

Equipo de Investigación ICMus (1999) Formantes y Producciones. ICMus. Bs. As., Mayo.

LA IMPORTANCIA DE LA VOZ EN MUSICOTERAPIA

María Vidal Moro

Contacto: mvidalmoro@yahoo.com.ar

Introducción

Este trabajo se asienta en la experiencia de exploración de mi propia voz durante 15 años, en mi recorrido como cantante, como transmisora de técnicas vocales, musicoterapeuta y docente universitaria de la materia técnica vocal II de la licenciatura en Musicoterapia de la UBA; así como también en mi paso por diversas instituciones que me permitieron ir formándome y constituyendo un marco teórico de trabajo, que se reformula y se cuestiona a sí mismo constantemente.

El presente escrito es el comienzo de una futura investigación acerca de la voz, de su importancia en el desarrollo del ser humano y de cómo se puede trabajar en Musicoterapia a través de la voz y con la voz, aprendiendo a escuchar lo que nos transmite y comunica más allá de las palabras, más allá de lo literal del discurso hablado o de la letra de una canción, escuchando a la persona, con todos sus potenciales y dificultades, manifestándose en su voz. Cabe aclarar que para poder lograr esto lo primero que debemos hacer es conocer nuestra propia voz, explorar todas sus posibilidades y dominarla de una manera tal que podamos utilizarla “en función del otro”, para ello es necesario hacer un recorrido hacia nuestro interior, ya que somos seres humanos y nuestra voz da cuenta de quienes somos, de nuestra historia, de nuestra forma de ser y estar en el mundo.

¿Que es la voz?

El ser humano es una unidad indivisible, íntegra, es un ser bio-psico-socioespiritual. Darío Fainstein, en su libro “El proyecto Rúaj”, propone, con fines didácticos, una división de la voz en cuatro niveles: físico – emocional – mental y devocional o espiritual. Todos los niveles se influyen y están íntimamente relacionados.

A continuación desarrollaré con más profundidad lo que el autor propone.

Nivel Físico - orgánico

La voz es producida por el cuerpo, instrumento propio de cada individuo.

Interviene todo el cuerpo en dicha producción, es un proceso cíclico e integral, que se asienta en la respiración, acción vital en el ser humano. En un primer momento, en la inhalación, ingresa el aire a los pulmones, en la exhalación dicho aire pasa por la glotis (espacio entre las cuerdas vocales), que se cierra, permitiendo la vibración de las cuerdas vocales. Dicha vibración se producirá a una determinada velocidad y con la tonicidad muscular de las cuerdas vocales necesaria para el tono musical que se va a emitir, dependiendo del flujo de aire exhalado y del tamaño de las cuerdas vocales. Varios de los elementos de la cavidad supraglótica (cavidades faríngea, oral y nasal, junto con los elementos articulatorios) se controlan a voluntad, permitiendo modificar dentro de márgenes muy amplios los sonidos producidos por las cuerdas vocales o agregar partes distintivas a los mismos, e inclusive producir sonidos propios.

Todo esto se efectúa por dos mecanismos principales: el filtrado y la articulación. El filtrado actúa modificando el espectro del sonido. Tiene lugar en las cuatro cavidades supraglóticas principales: la faringe, la cavidad nasal, la cavidad oral y la cavidad labial. Las mismas constituyen resonadores acústicos que enfatizan determinadas bandas frecuenciales del espectro generado por las cuerdas vocales, conduciendo al concepto de formantes, es decir una serie de picos de resonancia ubicados en frecuencias específicas de cada sonido.⁷²

La vibración de las cuerdas resuena en todos los huesos del cuerpo (resonadores). Tanto la dimensión como la forma de la estructura ósea y de los órganos fonadores de cada persona influirán directamente en cómo suene la voz.

Las características formales de la voz son las siguientes:⁷³

⁷²<http://www.fceia.unr.edu.ar/acustica/biblio/fonatori.pdf>

⁷³<http://www.eumed.net/libros/2007b/302/voz%20humana.htm>

- Tono: es la altura musical de la voz. Según el tono, las voces humanas se clasifican en agudas o graves.

- Timbre: es el matiz personal de la voz. Es un fenómeno complejo y está determinado por el tono fundamental y los armónicos o tonos secundarios. Por el timbre se reconoce a la persona que habla, aun cuando no se la vea.

- Cantidad: es la duración del sonido. Según la cantidad, los sonidos pueden ser largos o breves, con toda la gama intermedia de semilargos, semibreves, etc. La cantidad suele depender, en general, de las características de cada idioma, de los hábitos lingüísticos de las regiones o países, de la psicología del habitante, etc.

- Intensidad: es la mayor o menor fuerza con que se produce la voz. Hay voces fuertes y voces débiles.

El rol de la VOZ en la constitución del aparato psíquico humano (Nivel emocional y mental de la voz)

Considero que la música forma parte de nuestra vida, aún antes de nacer. El musicoterapeuta Gabriel Federico confirma que la historia emocional comienza antes de nacer. En su libro "Viaje musical por el embarazo"⁷⁴ afirma que diversos estudios prueban que a partir del tercer mes de gestación el bebé registra toda la experiencia que la madre le transmite de manera intrauterina, todas estas experiencias influirán en su vida futura. El sentido auditivo es el único que permite al bebé intrauterino conectarse con el mundo exterior. Entre el cuarto y el quinto mes de gestación, dentro del vientre materno, el bebé comienza a oír. Permanentemente siente las vibraciones de los sonidos provenientes del interior de la madre (latido del corazón, digestión, etc.), y oye varios de los mismos, matizados por el líquido amniótico, cada uno con una característica particular (diferentes timbres, diferentes alturas y ritmos). La primera voz que escucha, y la más cercana es la de la madre. Así, por medio del oído y sensaciones corporales, el bebé comienza a conectarse con el exterior.

Todos estos sonidos van dejando marcas en el ser íntegro (psiquis y cuerpo), huellas que van a permitir la constitución como individuos, con su propia forma de ser y estar en el mundo.

Daniel Stern, en su libro "El mundo interpersonal del infante", toma como supuesto básico el hecho de que existen sentidos del sí – mismo antes de la aparición del lenguaje verbal. El sentido del sí – mismo implica el ser agente de las propias acciones, la cohesión física, la continuidad en el tiempo, tener intenciones en la mente, entre otras experiencias subjetivas de uno mismo, del mundo y de los otros. El "símismo" como "patrón constante de la percatación, que aparece sólo con las acciones o procesos mentales del infante... es la experiencia subjetiva organizadora"⁷⁵. Según el autor, desde el nacimiento se comienza a experimentar el sentido del sí – mismo, a medida que se van desarrollando los diferentes sentidos del sí-mismo, éstos coexisten, incluyen al precedente. El autor los determina y define de la siguiente manera:

0 a 2 meses: desarrollo del sentido del sí - mismo emergente. Al nacer, el niño se siente abrumado por sonidos que son desconocidos y percibidos de otra manera. Edith Lecourt se refiere a este entorno sonoro como "vivenciar sonoro". En ese momento, el bebé se hace presente por medio de su primer llanto, el primer grito con el cual se muestra al mundo. Pero hay algo que sí va a reconocer, que le va a resultar familiar, proveyendo contención y tranquilidad: la voz de su madre.

Podríamos agregar que en esta etapa el bebé experimenta las primeras canciones fuera del útero, cantadas por voces familiares: nanas, canciones de cuna, canciones de arrullo, canciones que proveen un marco de protección y contención. A esta experiencia musical, que tiene la cualidad de cuidado, la experiencia de ingravidez, que excluye la agresión sonora, Edith Lecourt la nombra "baño sonoro". Éste tiene las cualidades del holding, descrito por Winnicott en 1971.

Stern plantea: "Los infantes están preconstituídos para darse cuenta de los procesos de autoorganización. Nunca pasan por un período de total indiferenciación sí mismo / otro"⁷⁶.

La voz de la madre y del propio infante, juegan un rol fundamental en la constitución de los dominios del sí-mismo. En los primeros dos meses (dominio del sí mismo emergente), los infantes reconocen a sus madres por su voz, así como por el olor de la leche (distingue la leche de su madre), lo cual genera tranquilidad y seguridad.

⁷⁴ FEDERICO, Gabriel F., Viaje musical por el embarazo. Musicoterapia Prenatal. Editorial Kier. Buenos Aires, 2010

⁷⁵ STERN, Daniel, "El mundo interpersonal del infante", Editorial, año, página 20.

⁷⁶ Idem 4, página 24

Así, por ejemplo, el niño por medio de su voz, a través del llanto manifiesta el hambre y la madre responde, con su leche y con su voz, también lo amamanta con su voz. Los afectos, intenciones y sentimientos de la madre se reflejan en su voz, en sus gestos, en su manera de tocar. Las cualidades vocales, como la intensidad, duración, timbre, altura, matices, son las que transmiten afectos e intenciones. Los afectos de la vitalidad (respirar, sentir hambre, etc) el infante los experimenta internamente (con diferentes intensidades), y los manifiesta hacia el exterior con su voz, que le permite exteriorizar las diferentes intensidades y matices de las sensaciones internas.

2 a 6 meses: sentido del sí – mismo nuclear. Aquí el niño ya es una “unidad separada, cohesiva, ligada, física, con sentido de la propia agencia, afectividad y continuidad en el tiempo” (...) “aparecen las vocalizaciones dirigidas a otros, se busca con avidez la mirada recíproca, operan plenamente las preferencias innatas por el rostro y la voz humanos”⁷⁷.

Comienza a existir un interés social, más allá de las necesidades fisiológicas. El infante experimenta el estar con otro, distingue estados emocionales propios que puede compartir con otro, aquí la voz juega un rol fundamental, ya que posibilita exteriorizar estados emocionales, dirigirlos a otro y compartirlos con otro. La madre comparte dichos estados y los puede validar a través de su voz.

7 a 15 meses: sentido del sí-mismo subjetivo. El infante “descubre que hay otras mentes”⁷⁸, con sus intenciones, sentimientos, motivos, que pueden interpretarse. El siguiente salto lo realiza el niño cuando experimenta el sentido del sí-mismo subjetivo, al descubrir que él tiene una mente y las otras personas también. Utiliza su voz para expresar intenciones (“Quiero esa galletita”), estados emocionales (“Esto me entusiasma”) y focos de atención (“Mirá ese juguete”), pudiendo compartir esto con otro. En todos los casos es fundamental la presencia y respuesta del otro, para que el niño continúe desarrollándose. El otro lo ayudará a regular sus afectos, entonando con él. Stern propone el término “entonamiento afectivo”. El mismo lo realiza el progenitor.

En primer lugar tiene que poder interpretar el estado afectivo del niño, luego debe poner en ejecución una conducta que no sea una

imitación estricta pero que corresponda con ese estado del infante y que el niño pueda leer de esa manera. Intensidad, tiempo y pauta espacial son los mecanismos subyacentes del entonamiento afectivo.

15 a 18 meses: sentido del sí- mismo verbal. El conocimiento de las experiencias previas y actuales pueden “objetivarse y traducirse en símbolos que transmiten significados”⁷⁹.

Durante el segundo año de vida surge el lenguaje, en el dominio del sí-mismo verbal, que coexiste con los dominios anteriores, que adquieren nuevos atributos. Según Stern, el lenguaje parece representar una ventaja directa para la experiencia interpersonal, pero el representar verbalmente la experiencia vivida, la acota a las palabras, ya que el lenguaje verbal abarca muy parcialmente la experiencia de los dominios de relacionamiento que preceden al lenguaje. La palabra acota sentimientos y estados afectivos.

Los sentidos y dominios del sí-mismo posibilitan el desarrollo psíquico del ser humano, determinan la forma de relacionarse con el mundo y con los otros. Son dominios de relacionamiento que no se pierden nunca, sino que se continúan elaborando

a lo largo de la vida adulta

Más adelante llegarán las canciones para jugar, que ayudan a continuar explorando el mundo que todavía parece bastante extraño. Luego, el niño asiste al jardín de infantes, donde aprende una forma nueva de cantar y jugar con la música, compartiendo dichas experiencias con otros, con pares. Algunas de estas canciones quedarán guardadas en nuestra memoria toda la vida....Así, voces y canciones van quedando ligadas a experiencias de vida, que marcan a cada individuo para siempre.

Según la Dra. Diane Austin⁸⁰, musicoterapeuta estadounidense, en los inicios de la vida las personas somos espontáneas, vitales, curiosas y abiertos, y los sonidos que hacemos expresan esto. La autora dice: “Sentimos placer de jugar con nuestros labios, nuestra lengua y cuerdas vocales. Hay una libertad en los sonidos y movimientos que hacemos que caracterizan la espontaneidad y la salud”. Pero algo pasa a lo largo de nuestras vidas que hace que esa voz espontánea y libre se acalle. Cuando nuestros sentimientos son juzgados o ignorados, los silenciamos para

⁷⁷ Idem 4 pag. 25.

⁷⁸ Idem 4

⁷⁹ Idem 4 pag. 46

⁸⁰ Austin, Diane, Psicoterapia Vocal, artículo. Biblioteca ASAM

autopreservarnos y éstos quedan bloqueados, bloqueo que se manifiesta en la voz. Con palabras de Austin “nuestras emociones son bloqueadas y censuradas, nuestras voces reflejan el bloqueo”.

Estos sentimientos y emociones, podríamos agregar, acotados por las palabras, que no se han podido elaborar psíquicamente y quedan “ancladas” en el cuerpo, y la voz, como manifestación de ese cuerpo, da cuenta de ellas. También se producen bloqueos por introyecciones de ideas de desvalorización en relación a la expresión de sentimientos, por parte de otros (maestros de primaria, pares en la secundaria, padres poco creativos y rígidos, etc).

De allí que podemos inferir la importancia de la voz en el aparato psíquico humano, y su relación con lo vincular, con la vida en sociedad, ya desde los inicios.

Se puede pensar en la voz como portadora de identidad, la voz de cada uno habla por sí misma, sus características son absolutamente subjetivas, propias de cada individuo y tiene que ver con aquellas huellas psíquicas y musicales que van quedando impregnadas a lo largo del desarrollo de cada persona (el cuerpo y la voz las ponen de manifiesto) ligadas a todas las experiencias de vida por las que vamos atravesando.

Nivel Devocional o espiritual

La voz como puente entre la persona y lo transpersonal, entre lo humano y lo divino, sin necesidad de pertenecer a una religión. Visto desde lo ontológico, está relacionado con la necesidad propia del ser humano de trascender las barreras del cuerpo y su propio ser.

Trabajando en Musicoterapia

Joanne Loewy, en su artículo “Integrando música, lenguaje y la voz en Musicoterapia” especifica tres métodos de trabajo con la voz que han sido desarrollados y utilizados en Musicoterapia:

- El trabajo vocal corporalizado, desarrollado por Lisa Sokolov hace 20 años. El mismo busca identificar el self a través de una indagación musical en el cuerpo y liberar la propia voz. Las herramientas son la respiración, el tono, el tacto, la imaginación y la improvisación vocal. El objetivo de este trabajo es corporalizar la voz, apropiarse del cuerpo y de la voz y posibilitar la expresividad.

- Técnicas vocales de sostén, desarrolladas por Diane Austin. Por medio de las técnicas de unísono, canto en espejo, armonización y

sostén, el musicoterapeuta ayuda al cliente a “darle voz al trauma” y a integrar el self fragmentado. Según Austin “el self es revelado a través del sonido y de las características de la voz”

- Vox Mundi, de Silvia Nakkach, se propone explorar cualidades del sonido centrándose en diferentes formas de cantos sagrados. Ofrece la posibilidad de rastrear contextos históricos, filosóficos y culturales desde los cuales surgieron estas tradiciones de curación con la voz, el ritmo y el movimiento.

Ronaldo Millecco, con su técnica musico-verbal, resalta la importancia de la voz y las canciones, y realiza aportes sobre el trabajo con canciones en Musicoterapia⁸¹ Paul Newham ha desarrollado un trabajo muy interesante y detallado sobre la voz en el ser humano y propone cómo trabajar con ella en Musicoterapia, a través de la respiración, vocalización y catarsis, y de la canción familiar.⁸²

¿Cómo escuchar a la voz del otro?

Tomando en cuenta todos los niveles de la voz que hemos desarrollado hasta ahora, se puede decir que una voz sana es una voz que suena con cuerpo, con armónicos, sin aire demás y sin esfuerzo de más; en una altura cómoda dentro de la tesitura vocal⁸³ de cada individuo, con una extensión de dos o más octavas, bien modulada, con matices, rítmica, que se proyecta en el espacio. Por el contrario, una voz que suena forzada, aireada, monótona, con pocos armónicos, con una intensidad demasiado baja o demasiado alta, sin matices, sin variación en las alturas tonales, es una voz que delata algún problema. El mismo puede manifestarse de manera orgánica y tener un origen orgánico (innato o congénito) o puede manifestarse de manera orgánica y tener un origen psicológico. Generalmente los hiatus y nódulos en las cuerdas vocales están íntimamente relacionados con un mal uso de

⁸¹ Millecco Filho, Luis A., Brandao Esmeraldo, M.Regina y Millecco, Ronaldo P. Es preciso cantar. Río de Janeiro. 2001. Traducción con fines de estudio. Mazzaglia - Vidret. Bs. As. 2002

⁸² Neham, Paul. Therapeutic Voicework. Principles and practice for the use of singing as a therapy. Cap. 5 The talking cure. Jessica Kingley Publishers. London and Philadelphia. 1998. Traducción con fines de estudio. Mazzaglia - Vidret. Bs. As. 2002

⁸³ Extensión vocal: Marco de frecuencias realizables por la voz humana.

Tesitura vocal: Es la parte de la extensión vocal en la cual se pueden realizar sonidos controlables y utilizables musicalmente.

Definiciones extraídas de Wikipedia

la voz, provocado por cuestiones de índole psíquica. En estos casos, la voz da cuenta de bloqueos corporales que, a su vez, dan cuenta de bloqueos emocionales – psíquicos, debido a las impresiones psíquicas que quedan a lo largo del desarrollo, huellas emocionales que quedan impresas en el cuerpo, como hemos visto anteriormente.

Las cuerdas vocales se encuentran dentro de la laringe, ubicada en la garganta.

Ésta es una zona de deglución de comida (permite cubrir la necesidad básica de alimentación), de esfuerzo en la defecación (también necesidad básica del ser humano), y es la conexión entre cabeza y el resto del cuerpo: da cuenta sobre la conciencia corporal, sobre la integración bio-psico-espiritual, sobre las características de las personas, posibilita la conexión con la emoción y con todas las experiencias que quedan apuntaladas en el cuerpo a lo largo de la vida. La voz manifiesta todo lo anterior, por medio de la voz uno puede escuchar si existe una integración cuerpo – psiquis – emoción, si hay partes del self disociadas y puede determinar características de la personalidad. Una voz monótona, sin matices, con una intensidad baja permanente, muy aireada, y con un ritmo lento al hablar no nos dice lo mismo que una voz con matices, con armónicos (con una buena utilización de los resonadores y de la cavidad bucofaríngea), con una intensidad media que varía según lo que se está diciendo o cantando.

Características de la voz, a tener en cuenta, susceptibles de análisis en evaluación inicial y proceso musicoterapéutico

Voz hablada

- Prosodia (cómo afecta la métrica y la entonación)
- Altura tonal (es cómoda la altura en la cual habla – identificación con tonalidades más graves o agudas)
- Timbre (¿parecido a algún familiar? - identificaciones)
- Intensidad
- Calidad de la emisión (x ej. Voz muy aireada o forzada)

Voz cantada

- Ritmo
- Fraseo
- Entonación
- Tesitura vocal
- Timbre
- Matices
- Intensidad

- Calidad de la emisión (x ej. Voz muy forzada)

Conclusiones

Luego de este análisis, podemos inferir que la voz es la manifestación externa del mundo interno del ser íntegro (bio-psico-socio-espiritual), por lo tanto:

- Cada individuo ES en su voz
- La voz debe ser tenida en cuenta en la evaluación inicial, en el proceso y en las evaluaciones de seguimiento musicoterapéuticas.
- Sus cualidades son susceptibles para realizar análisis musicoterapéuticos.
- La voz es una valiosa herramienta de trabajo musicoterapéutico.
- A través de las experiencias vocales se pueden generar cambios saludables
- Es fundamental que el musicoterapeuta tenga conocimiento y dominio de su propia voz.

También se plantean varios interrogantes, para poder seguir investigando sobre el tema:

- ¿Cómo analizar las cualidades vocales desde la musicoterapia?.
 - ¿Se pueden crear protocolos y herramientas de evaluación de inicio y seguimiento que se puedan utilizar de manera general (para diversas poblaciones)?. ¿Cómo serían?
 - ¿Se puede generalizar o realizar algún tipo de analogía entre cómo suena la voz y cómo es la persona?
 - ¿Qué sucede a nivel neurológico?.
- Repercuten a nivel neurológico los cambios que se puedan realizar por medio del trabajo con la voz?

Como mencioné al principio, el presente trabajo es solo el comienzo de una futura investigación sobre la voz en el ser humano y cómo se puede trabajar en Musicoterapia utilizándola como recurso terapéutico.

Referencias bibliográficas

Austin, Diane. Psicoterapia Vocal. American Music Therapy Association Silver Spring.
Fainstain, Darío. La voz y la vibración sonora “Proyecto Rúaj” un enfoque terapéutico. Editorial Lumen, Bs. As., 2006.
Federico, Gabriel F. El embarazo musical. Estimulación, comunicación y vínculo a través de la música. Editorial Kier. Bs.As., 2003.
Federico, Gabriel F. Viaje musical por el embarazo. Musicoterapia prenatal. Editorial Kier. Bs. As. 2010
Lecourt, Edith. La envoltura musical. Cap 8 de Anzieu, Didier. Las envolturas psíquicas. Edit. Amorrortu. Bs.As., 1990

Loewy, Joanne. Integrando música, lenguaje y voz en musicoterapia. Publicado en *Voices*, marzo 2004. Traducción con fines de estudio cátedra Técnica Vocal II Lic. en Musicoterapia UBA. 2009.

Milleco, Luis A.- Esmeraldo Brandao, Ma. Regina - Millecco, Ronaldo P. Es preciso cantar. Río de Janeiro. 2001. Traducción con fines de estudio. Mazzaglia-Vidret. Bs. As. 2002.

Newham, Paul. *Therapeutic Voicework. Principles and practice for the use of singing as therapy.* Jessica Kingley Publishers. London and Philadelphia. 1998.

Cap. 5 The Talking cure. Traducción con fines de estudio. Mazzaglia-Vidret. Bs. As. 2002.

Schapira-Ferrari-Sánchez-Hugo. *Musicoterapia Abordaje Plurimodal.* ADIM Ediciones, Bs.As., 2007.

Stern, Daniel N. *El mundo interpersonal del infante.* Basic Books Publishers, Nueva York, 1985. Editorial Paidós, Bs. As., 1991.

<http://www.fceia.unr.edu.ar/acustica/biblio/fonatori.pdf>

<http://www.eumed.net/libros/2007b/302/voz%20humana.htm>

FLEXIBILIDAD, CONTINUIDAD, CONFIGURACIONES. LA NARRATIVA MUSICAL EN LA VEJEZ.

Marcos Vidret, Natalia Alvarez

Contacto: mvidret@gmail.com - aznatalia@yahoo.com.ar

En nuestro trabajo en el área de promoción de salud en el contexto de los Centros de Día para la Tercera Edad del GCBA, el objetivo principal es el bienestar del adulto mayor. Frente a las pérdidas por las que atraviesa la persona a partir de la jubilación, que empieza a enfrentarlo con duelos que abarcan a seres queridos, roles sociales, familiares, cualidades y capacidades físicas, etc., suele generarse un desempoderamiento. En tal caso, la persona envejeciente puede vivirlo como interrupciones en su trama argumental, causando su desesperación y una crisis en su identidad narrativa, o tiene como salida, refigurar su sentido de sí mismo integrando estos hechos, con coherencia, tornando inteligible la narrativa. "La trama de la vida es una red flexible en continua fluctuación. Cuantas más variables se mantengan fluctuando, cuanto mayor diversidad, más dinámico será el sistema y mayor su capacidad para adaptarse a los cambios". (Fritjof Capra en Zarebski; 2010)

La configuración es una operación que permite restablecer una representación de sí mismo más equilibrada, donde los cambios y hechos disruptivos puedan ser procesados y así posibilitar una mayor integración. La configuración está relacionada con la temporalidad. La reminiscencia, es una modalidad introspectiva que se realiza a través del recuerdo y permite a las personas en su vejez darse continuidad y coherencia ante situaciones difíciles de transitar, como pérdidas, rupturas, o por cercanía de la muerte. La función narrativa, implica la tarea de aprehender un conjunto de circunstancias discontinuas y no coherentes, dándoles un sentido que vuelva comprensible la historia personal ayudando al viejo a percibir y reconocer un sentido de identidad. A través del relato se configura y reconfigura la identidad de un sujeto a lo largo del tiempo, y en ese transcurrir, en esa trama, se encuentran articulaciones entre su historia de vida y ciertas interpelaciones musicales.

Para pensar la identidad en musicoterapia podemos partir del concepto de rasgo sonoro de Bernardini y Caniglia entendido como

tendencias en el discurso sonoro que permiten observar funciones que articulan forma y contenido. Estas tendencias devienen de la relación entre la materia sonora o formatividad y la subjetividad o referencialidad.

En nuestro trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de MT planteamos la apropiación flexible de las canciones desde estas dos variables, formatividad y referencialidad, como estrategia para potenciar la salud del adulto mayor. Una apropiación flexible está dada cuando la persona, a nivel de la formatividad, puede hacer una versión propia de la canción, interpretarla, estar presente en su producción desde particularidades que le imprime a la canción elegida. Al tiempo que las referencias subjetivas que hace sobre ella se actualizan cada vez en cada producción, incluyendo las evocaciones que le dieron origen a la elección primera pero sin cristalizarse en ellas.

En las experiencias con canciones como en las improvisaciones se da un ir y venir de la expresión al sentido y del sentido a la expresión. Generalmente, al viejo se le hace necesario expresar con palabras, nominar, lo que produjo sonoramente. Explica, relata, recuerda, se emociona. En la experiencia sonora, desde la referencia verbal como desde la producción que realiza la persona, se puede observar alguna de las categorías que explica Smeijsters (2005), como la metáfora, el símbolo o la analogía, entendidas como "the match between inner experiences and outer expressions". En este ir y venir de sentido y expresión, el viejo evoca canciones, las canta sólo o con sus compañeros, y siempre se trata de una versión única e irrepetible. Estas canciones aparecen ligadas a cuestiones autobiográficas que pueden ser entendidas como parte de una identidad narrativa comprendida en sus tres tiempos: la actividad reminiscente sobre el pasado, el reconocimiento y afirmación de sí en el presente, y el proyecto futuro.

Por esto, pensamos a los procedimientos de manera que se adapten a la situación

emergente y, si bien la canción para nosotros ocupa un lugar privilegiado en la trama argumental, consideramos que es desde un continuum canción-improvisación que la experiencia musical nos permite avanzar hacia un mayor bienestar en el envejeciente. Focalizamos nuestra mirada en las posibilidades y niveles de apropiación de la experiencia musical y luego buscamos la articulación flexible entre forma y contenido. Más allá de proponer procedimientos, o qué tipo de estrategia es más recomendable en el contexto del que estamos hablando - promoción de salud en tercera edad - nos planteamos estrategias donde el procedimiento esté al servicio de la situación emergente de manera que facilite una apropiación flexible de la experiencia con la canción, la improvisación, etc. y habilite en la persona un movimiento pendular entre sentido y expresión de la experiencia, buscando cada vez mayor compromiso y profundidad.

En el caso de la versión de una canción es su puesta en situación como interpeladora de una función sonora que permite articular forma con significado. La experiencia musical durante el encuentro de musicoterapia se desarrolla de manera "cíclica" o "espiralada" a modo de canción - variación - versión - composición - improvisación-canción... Las posibilidades de organización de la experiencia musical interpelan desde la forma, desde el significado y desde el enlace entre ambos. La experiencia musical es "significativa" porque se pone en acción desde algo que "se conoce" y es también "significadora" porque se pone en acción desde algo que "se descubre".

Nuestra principal estrategia es la flexibilidad sonoro-musical. Es estrategia, es propósito. Y como es observable, forma parte de nuestra lectura e inferencias.

En la configuración de la identidad narrativa la música juega un rol fundamental. Pablo Vila (1996) toma tres ejes para explicar cómo se configura la identidad y el lugar que ocupa la música en este proceso: los sistemas clasificatorios, la identidad social y la interpelación musical. Buscamos comprender cómo se evidencian en las interpelaciones musicales los sistemas clasificatorios y la identidad social; y así también, qué niveles de flexibilidad-rigidez, tanto en la formatividad

como en la referencialidad de la canción, se observan en las interpelaciones musicales.

La experiencia musical que busca mayores niveles de apropiación flexible, necesariamente debe pensarse en contexto. Prilleltensky (2005), explica tres dominios en los que se analiza la inserción de la persona en la comunidad y desde los que se pueden observar tendencias que favorezcan o no mayores grados de bienestar. En un primer dominio, el personal, ubicamos el autodesarrollo, la autonomía y la autorrealización; que a nivel de la experiencia se traduce en autoexpresión, continuidad de la identidad y la flexibilidad sonora. Un segundo dominio, el relacional, donde se observan la participación, la cooperación, la solidaridad y el intercambio; que se manifiesta en musicoterapia a través de la flexibilidad en las relaciones de rol y el reconocimiento de las dinámicas narrativas de los otros. El tercero es el colectivo: donde específicamente en el área de vejez se puede pensar desde el intercambio generacional y la revisión de la idea propia sobre la vejez, que se traducen en la flexibilidad sobre el imaginario social.

Resumiendo: Nuestro objetivo es el bienestar del adulto mayor en el ámbito comunitario expresado en la flexibilidad sonora. Para ello pensamos en estrategias de intervención en prevención:

Reducir factores de riesgo gerontológicos.

Afirmar características resilientes.

Validar la diversidad en las experiencias interpersonales.

Permitir el despliegue de la continuidad en la trama narrativa

Empoderamiento vs. desempoderamiento.

Continuidad de la identidad vs. crisis disruptiva.

Nuestra postura es priorizar la apropiación flexible de la experiencia musical a través de el procedimiento que evaluemos como más propicio en cada situación particular, aquél que consideremos que le permita a la persona hacer un recorrido entre su expresión y la búsqueda de sentido, que le permita darle continuidad a su identidad para alcanzar mayores niveles de bienestar en la comunidad de la que forma parte, la que actúa como red de apoyo y sostén frente a los avatares de la vejez.

Referencias bibliográficas

- Alvarez, Natalia – Galliano, Clara – Vidret, Marcos; “La flexibilidad sonora como factor promocional de la salud de 2008, Facultad de Abogacía de la U.B.A., Buenos Aires, Argentina.
- Alvarez, Natalia – Galliano, Clara – Vidret, Marcos; “Musicoterapia en tercera edad: una perspectiva desde la narrativa identitaria”. Actas de las II Jornadas de Musicoterapia en geriatría y gerontología: sonido, salud y vejez, organizadas por ASAM el 11 de septiembre de 2010, Biblioteca Nacional, Buenos Aires, Argentina.
- Alvarez, Natalia – Vidret, Marcos; “Dilemas en Musicoterapia en un centro de día para la tercera edad: ¿Qué registrar? ¿Qué inferir? ¿Cómo intervenir?”. Trabajo presentado en la Jornada “La improvisación libre sonora y lo grupal”, U.B.A., 18 de Junio de 2011, Buenos Aires, Argentina.
- Bernardini, Romina – Caniglia, Darío; “La función sonora: aquello entre lo sonoro y la subjetividad”, Actas del Segundo Simposio Argentino de Musicoterapia organizado por ASAM, 28 y 29 de Mayo de 1999, Universidad J.F. Kennedy, Buenos Aires, Argentina.
- García Pintos, Carlos; “¿Viejo yo? El sentido de la vida en la tercera edad”, en Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida. Ed. San Pablo. 2003. Iacub, Ricardo; “Módulo 1. Identidad y vejez”. Material de la en los adultos mayores”. Trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de Musicoterapia, 22 al 26 de julio cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, Carrera de Psicología, UBA.
- Prilleltensky, Isaac; “Promoting well-being: Time for a paradigm shift in health and human services”; Scandinavian Journal of Public Health, 2005; 000: 1-8. ISSN 1403-4948 print/ISSN 1651-1905 online/05/010001-8 copyright Taylor & Francis Group Ltd.
- Ruud, Even; Music Therapy: A perspective from de humanities; Barcelona Publishers, 2010.
- Smeijsters, Henk; Sounding the self: analysis in improvisational music therapy. Barcelona Publishers, 2005.
- Vila, Pablo; “Identidades narrativas y música. Una primera propuesta para entender su relación”. Revista Transcultural de Música /Transcultural Music Review 2 (1996) ISSN: 1697-0101.
- Zarebski, Graciela; “Diversidades en la psicogerontología”, Actas de las II Jornadas de Musicoterapia en geriatría y gerontología: sonido, salud y vejez, organizadas por ASAM el 11 de septiembre de 2010, Biblioteca Nacional, Buenos Aires, Argentina.