
La clínica en Musicoterapia

Lic. Luciana Licastro, Mt. Ana Arias

Introducción

La musicoterapia es una disciplina de carácter científico que surge durante la Segunda Guerra Mundial. En la Argentina, es una profesión de 60 años de desarrollo académico, en continuo proceso de investigación y conceptualización como práctica científica. En 1976, se crea la primera carrera universitaria; actualmente, son cinco las casas de estudio donde el graduado obtiene el título de Licenciado en Musicoterapia.

Un hito en el desarrollo de la actividad profesional fue la incorporación en la Ciudad de Buenos Aires de la función del musicoterapeuta dentro de la Carrera Hospitalaria Municipal. Esta disposición permitió incluir a musicoterapeutas de planta en los hospitales desde 1983, y el acceso a las concurrencias oficiales a través del Plan de Concurrencia, aprobado por la Dirección de Capacitación de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El equipo de Musicoterapia

En 2002, el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" incorporó el Plan de Concurrencia de Musicoterapia dentro de la Unidad de Salud Mental, dependiente del Departamento de Medicina. Desde ese momento, el equipo de profesionales musicoterapeutas y concurrentes de Musicoterapia llevan a cabo actividades de docencia y de asistencia clínica. Actividades docentes:

- Supervisión clínica
- Ateneos clínicos
- Reuniones de equipo
- Actividades de docencia de la Unidad (ateneos, cursos y seminarios interdisciplinarios)
- Jornadas anuales

En la actividad clínica, intervienen en:

Consultorios Externos (área de 0 a 5 años, área de 6 a 9 años, área de pubertad, área de adolescencia)

Area de Internación

Area de Interconsulta (cuidados intensivos neonatales)

División de Protección y Promoción de la Salud (Consultorios de Niños Sanos)

Como parte de la consolidación institucional, el equipo realizó sus jornadas:

- Primeras Jornadas de Musicoterapia: "La clínica en Musicoterapia", 2006
- Segundas Jornadas de Musicoterapia: "Escuchar en sintonía a un niño", 2007
- Terceras Jornadas de Musicoterapia: Musicoterapia e Interdisciplina. "La intervención y el abordaje musicoterapéutico en el Hospital de Niños", 2008
- Cuartas Jornadas de Musicoterapia: La clínica en Musicoterapia. "Reflexiones sobre las cualidades sonoras de los intercambios", 2009

En la actualidad, el equipo de Musicoterapia está integrado por diez musicoterapeutas (tres profesionales egresados de la formación de posgrado y siete en carrera de formación).

Enfoque de la Disciplina: posición y escucha del musicoterapeuta

La musicoterapia es una práctica científica que vincula el arte y la salud, y extiende su campo de saber en el territorio de la expresión. Cuando hablamos de arte estamos tomando a la música como un lenguaje, una estructura sonora que cuenta con una organización discursiva. En esa estructura, se combinan sonido, cuerpo y movimiento, dando cuenta de un sujeto que produce y manifiesta su mundo interno.

En la clínica con niños pequeños, esa estructura sonora (canción o cualquier producción instrumental) no se presenta como tal (preestablecida), sino que es el resultado de intervenciones que apuntan hacia la búsqueda de organizadores sonoros. En la práctica, nos encontramos con pacientes/niños cuyas expresiones se observan en un gesto o una intención que no pueden ser sostenidos en forma y tiempo secuencial. Sin embargo, esa expresión es la que el musicoterapeuta valorará como apertura y camino posible para encauzar el tratamiento. Más aún, podemos encontrarnos con niños con una iniciativa vincular visiblemente más afectada, como pacientes con mayor grado de desconexión con la realidad (trastorno generalizado del desarrollo, TGD). En ese caso, el musicoterapeuta valorará el silencio,

Musicoterapeutas
Unidad de Salud
Mental
Hospital de Niños
"Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires,
Argentina

la repetición y la estereotipia como forma de sintonización y sentido posible.

Por otro lado, tomamos las iniciativas, la motivación y la creatividad como indicadores de salud y serán estos los precursores de la futura autonomía y la construcción de nuevas experiencias. Cuando un niño toma la acción por cuenta propia expresa un gesto espontáneo y, para nuestra clínica, esta es una primera iniciativa, que tomará luego valor de una vivencia, la cual a lo largo del proceso terapéutico se convertirá en una experiencia significativa para el niño. Es decir, cobrará sentido propio y podrá manifestarlo hacia “afuera”. En niños con retraso en la entrada del lenguaje verbal, como en aquellos con retrasos madurativos, se puede hallar una gama muy restringida de motivación, y se observan producciones sonoras con escasa modulación expresiva. En estas situaciones, la intervención temprana apunta a desplegar la expresividad; la sonrisa de empalme, miradas tentadoras, sonidos turbulentos, fastidio o entusiasmo son requisitos en esta etapa temprana del desarrollo. En este aspecto, en el contexto temprano, hacemos hincapié en el tono afectivo y la impronta de la voz, tanto en el ámbito familiar como de abordaje.

Dado que la propuesta es una clínica vivencial y vincular, el cuerpo del musicoterapeuta entra en escena terapéutica y en sintonía con la producción del niño. En una primera instancia, esto requiere *escucharlo*. Escuchar lo que el niño “trae”, lo que tiene para “decir” y a través de qué formas expresivas. Según el especialista en niños Bowlby estar “en sintonía” con la producción del niño implica estar disponible, confiable, atento y sensible para que el niño y, en este caso, paciente, pueda identificar a un otro como confiable. Esto le otorga un sentimiento de seguridad y valoración para profundizar la relación terapéutica, y le permite explorar el “mundo”, el espacio vincular y explorarse a sí mismo.

¿En qué consiste el abordaje musicoterapéutico?

Este abordaje proporciona los elementos para que ese niño o la pareja madre-niño puedan explorar sus modos expresivos, vinculares y relacionales con el fin de construir o reconstruir nuevas experiencias que cobren sentido en la relación con un otro. Los modos expresivos se observan en la producción sonora del niño, es decir, aquello que “suena”, por ejemplo, el modo en que se pronuncia un golpe, un grito o una canción. Los modos vinculares se expresan en los intercambios sonoros en relación con la receptividad, la atención mutua y la reciprocidad, también estos elementos conforman la comunicación no verbal. Los modos relacionales se

expresan en la posibilidad de armar estructuras sonoras que van preparando la comunicación verbal, como una “conversación”, producciones que se desarrollan por actuación por turnos, diálogos sonoros, etc.

En la clínica, pensamos a los niños desde un rol activo en la interacción con un otro y como protagonista de la relación terapeuta/paciente. En ese sentido, pensamos la intervención dentro del campo de la “atención temprana” a diferencia de la “estimulación temprana”. El dispositivo musicoterapéutico no es un dispositivo de educación o reeducación en donde se ligan las emociones al proceso de aprendizaje, sino que el abordaje apunta a la búsqueda de iniciativas de exploraciones, de experimentación y de juego, que permitan el despliegue de la expresividad y la comunicación.

Stern, otro especialista en niños, en su libro “Diario de un bebé”, enuncia cuatro elementos que, al superponerse, conforman la envoltura ante el llanto del bebé provocado por una sensación de hambre. Son el tacto, el sonido, el movimiento y la posición. La intervención en el campo de la atención temprana apunta a sostener una escucha que integre a esos elementos conformando la “envoltura sonora” que acuna y entona afectivamente. Al trabajar con niños pequeños el musicoterapeuta tiene que estar muy receptivo también a su propia expresividad, por eso es muy importante el trabajo con la modulación (como brindar matices expresivos) y la entonación (como cambios de registro e intensidades) para que el niño pueda sostener y desarrollar su expresividad.

Motivos frecuentes de derivación

Los motivos de derivación por parte de los profesionales o de consulta por parte de los padres suelen ser de dos tipos. Por un lado, cuando hay problemas, alteraciones o desórdenes en el plano expresivo y relacional, es decir, en la comunicación no verbal o verbal. Y, por el otro, cuando hay problemas en el plano afectivo-vincular, es decir, en los modos de intercambio. Ambos tipos de derivación suelen estar englobadas dentro de un diagnóstico (TGD, retrasos madurativos, trastornos de conducta o del lenguaje), entre otros. También llegan a nuestra consulta niños que no interactúan de acuerdo con lo esperable para su edad o su etapa madurativa u otros cuya capacidad para relacionarse está disminuida o ausente. Otros motivos más específicos relacionados con nuestra disciplina son los niños con dificultad para construir secuencias organizadas interactivas, como escenas de juego o gestos y acciones lúdicas; niños con carencia o excesos

en iniciativas o repuestas expresivas/comunicativas o bien restricciones en su espontaneidad.

En una primera etapa de tratamiento, la modalidad es realizar un período de “valoración” (evaluación inicial) donde se observan posteriores criterios y motivos de admisión. A partir de la producción expresiva del paciente, la etapa de admisión permite descubrir signos de sutil manifestación en relación con las alteraciones del vínculo y de la expresividad del niño. Posteriormente, se resuelve la modalidad de abordaje según cada caso [vincular o individual, trabajo en duplas (espacio compartido con un par y dos terapeutas) o grupal].

La instancia *individual* es pensada como un espacio donde el paciente pueda reconocerse y establecer vínculos, permitiéndose así una exploración individual. La instancia *grupal* es pensada sobre la base de la existencia de cierta posibilidad de escucha para ir transformando los niveles de intercambio. El trabajo en *duplas* surge de una intervención específica, es un espacio de transición entre lo individual y lo grupal, que se lleva a cabo luego de un proceso individual, y se organiza con un musicoterapeuta referente del niño que realizó el proceso individual. Por lo general, el espacio de duplas se compone de dos niños y dos musicoterapeutas. Por último, la instancia *vincular* es pensada en atención temprana para la clínica de bebés o niños pequeños, o bien según la necesidad del trabajo relacional madre-hijo en edades posteriores.

¿Una sesión?

Nuestro enfoque se basa en escuchar a ese niño, trabajamos con la idea de ir al encuentro, y de favorecer la espontaneidad y las iniciativas propias. No hay un modelo preestablecido de sesión, se va construyendo de acuerdo con la singularidad del niño. Ahora bien, luego de las primeras observaciones, nuestras intervenciones en sesión estarán orientadas a propiciar un trabajo tendiente a favorecer pilares de la comunicación afectiva, como la *receptividad/atención mutua/reciprocidad* de los intercambios, para que el niño vaya descubriendo en un proceso continuo desde los patrones simples de comunicación hasta los patrones más complejos. En este sentido, el musicoterapeuta interviene para dar lugar a la búsqueda de organizadores sonoros que den integridad a la experiencia sonora devenida lenguaje verbal, es decir apunta al trabajo de la conformación de las estructuras sonoras precursoras de la etapa lingüística. Específicamente en una sesión de musicoterapia, contamos, por un lado, con los recursos clínicos

que podemos ofrecer (instrumentos musicales, materiales de diferentes texturas y sonidos), y por el otro lado, con los modos de intervención (sonidos, gestos, canciones, melodías, etc.). Los primeros son aquellos elementos que conforman una sesión en un consultorio, como instrumentos musicales, un grabador, según cada paciente. Y, por otro lado, las melodías, las canciones, los sonidos y los gestos, entre otros, conforman los modos de intervención y es una construcción del paciente-terapeuta, allí se irá conformando un proceso terapéutico.

Evolución de los tratamientos

Desde nuestra mirada, la musicoterapia no es “estimular con música”; el niño ocupa un lugar activo en las sesiones, se expresa con una mirada, un silencio, un sonido, un grito, etc. El musicoterapeuta está allí para acompañar y guiar la progresión de sus producciones expresivas e ir ampliando los círculos de la comunicación, es decir ir aumentando los niveles de escucha y de intercambio. En niños con desconexiones severas (autismo), al comienzo del tratamiento, se observa poca iniciativa de contacto, de vínculo con el otro, y sus producciones sonoras se expresan en intenciones que no llegan a conformar una acción. Es muy interesante como durante un proceso terapéutico estos niños pueden ir al encuentro con un otro con intencionalidad y búsqueda de contacto, empiezan a sostener una pauta visual y sonora que permite las primeras pautas de la interacción. Los niños sin lenguaje verbal que acompañan sus acciones con el silencio empiezan a descubrir su sonoridad y van armando motivos vocales en relación con las secuencias interactivas y lúdicas. Empiezan a escucharse modulaciones y entonaciones en un jugar a explorar el uso de su voz, un juego con las intensidades y densidades vocales. En síntesis, existen factores clave para el desarrollo de la comunicación y el lenguaje que tienen características expresivas sonoras, es decir poseen una musicalidad. Las interacciones en esta etapa temprana contienen elementos sonoros, como lo rítmico, lo periódico y lo melódico, que devuelven un tono afectivo en cada relación y comunicación. En esta etapa temprana de la comunicación, se desarrollan de manera espontánea gestos sonoros expresivos (sonidos, miradas, risas) que conforman una estructura sonora con intención comunicativa. El ritmo, el movimiento y la forma de la conversación madre-niño pequeño cobran un sentido particular y preparan los cimientos de la comunicación verbal.