



Universidad Abierta Interamericana

***LA ESCUCHA MUSICOTERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA DE
NIÑOS CON ENCEFALOPATÍA CRÓNICA NO EVOLUTIVA***

Tesis de Licenciatura
Carrera: Licenciatura en Musicoterapia
Facultad: Psicología y Relaciones Humanas
ALUMNA: MTA. María Eugenia Calbet
TUTOR: Lic. Gustavo Rodríguez Espada
Co-Tutor externo: LIC. Gabriel Solarz
Julio 2018

AGRADECIMIENTOS

A mi familia gracias inmensas por la paciencia de mis humores tesianos, a mis hijas Malena y Olivia que esperaron muchas veces que terminara alguna frase, capítulo, corrección de la tesis para jugar juntas. A Juan, mi compañero de vida.

Agradezco a Gabriel Solarz, su confianza, motivación, disponibilidad. Su posicionamiento musicoterapéutico en el proceso de acompañarme, brindando espacios para mis preguntas y para no darme respuestas, para que sea yo quien descubra y construya mi tesis. Gracias al grupo Los desprolijos, inmensa ayuda y soporte de risas, catarsis y hallazgos del pensar dialogando e interpelando en forma grupal. A Lorena Damiana, hermoso ser que conocí en este camino. A Alejandra Giacobone quien generosamente me brindó su escucha y valiosísimo material. Agradezco a todos los entrevistados por su tiempo y sus respuestas.

Y a Los Personajes de Siempre, intenso y querido espacio grupal de crecimiento, investigación y militancia.

Un profundo gracias a los niños que me enseñan a escuchar y a descubrir la potencia de la pequeña belleza de un gesto, de un suspiro, del silencio y del sonar, en el encuentro vincular.

María Eugenia Calbet

Musicoterapeuta

Abril 2018

INDICE

PROLOGO *pág. 6*

CAPITULO 1 PROYECTO DE TESIS *pág. 7*

Tema *pág. 8*

Introducción a la situación problemática *pág. 8*

Interrogantes de la situación problemática. *pág. 10*

Justificación. *pág. 10*

Idea directriz. *pág. 12*

Objetivo general. *pág. 12*

Objetivos específicos. *pág. 12*

Diseño metodológico. *pág. 13*

Estado del arte. *pág. 16*

PARTE I: “MARCO TEÓRICO” *pág. 28*

CAPITULO 2 APROXIMACIÓN A NOCIONES BÁSICAS DE ECNE *pág. 29*

2.1 Introducción a los conceptos básicos de la encefalopatía crónica no evolutiva *pág. 30*

2.2 Definición de ECNE. *pág. 32*

2.3 Etiología. *pág. 33*

2.4 Características generales de la encefalopatía crónica no evolutiva *pág. 34*

2.5 Clasificación de las ECNE según trastorno motor y distribución del trastorno motor.
pág. 35

2.6 Alteraciones asociadas que se presentan en la encefalopatía crónica no evolutiva.
pág. 39

CAPITULO 3 DESARROLLO HISTÓRICO Y ACTUAL DE LOS PARADIGMAS ATENCIONALES DE LA MUSICOTERAPIA DE NIÑOS CON ECNE *pág. 42*

3.1 Introducción a los paradigmas y modelos en discapacidad. *pág. 43*

3.2 Una mirada histórica. *pág. 43*

3.3 Perspectivas contextuales y actuales de los paradigmas de abordaje en musicoterapia. *pág. 49*

3.4 Evolución del abordaje musicoterapéutico de niños con ECNE a lo largo de la historia y sus implicancias en la construcción de la escucha musicoterapéutica. *pág. 52*

3.5 Consideraciones finales *pág. 62*

CAPITULO 4 LA ESCUCHA EN MUSICOTERAPIA *pág. 64*

4.1 Sobre el musicoterapeuta y la musicoterapia. *pág. 65*

4.2 La escucha musicoterapéutica. *pág. 68*

4.3 Perspectivas de las estrategias terapéuticas. *Pág. 70*

4.4 La escucha como intervención. *pág. 71*

4.5 El escenario vincular *pág. 71*

4.6 Viñeta *pág. 72*

4.7 La escucha: diferencias entre intervención y técnica. Viñeta *pág. 76*

4.8 La escucha del detalle. *pág. 81*

4.9 Viñeta. (Recorte de un relato de sesión) *pág. 83*

4.10 Un pensar -hacer en la complejización de la escucha en musicoterapia. *pág. 86*

4.11 El musicoterapeuta y el trabajo interdisciplinario en el equipo terapéutico. *pág. 89*

PARTE II: “UNA ESCUCHA DE LOS PARADIGMAS DE ABORDAJE EN LA CLÍNICA MUSICOTERAPÉUTICA DE NIÑOS CON ECNE”. *pág. 92*

CAPITULO 5 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS *pág. 93*

5.1 Ejes de análisis de entrevistas a musicoterapeutas. *pág. 94*

5.2 Dialogo y reflexiones. *pág. 110*

CAPITULO 6 CONCLUSIONES *pág. 120*

- 6.1 La escucha musicoterapéutica. *Pág.121*
- 6.2 Acerca de los procesos de la construcción de la escucha musicoterapéutica *Pág.121*
- 6.3 Sobre la escucha como intervención en la clínica musicoterapéutica *Pág.126*
- 6.4 Glosario. *Pag.130*
- 6.5 Bibliografía. *Pág.132*
- 6.6 Anexo. Entrevistas a Musicoterapeutas. *Pág.136*

PROLOGO

Me resulta curioso escribir un prólogo que da la bienvenida al lector a este recorrido, y a la vez concluye este escrito al menos temporalmente en esta instancia de tesis. Muchas son las preguntas que se fueron desplegando en los interrogantes de esta investigación y los espacios y silencios que quedan suspendidos para seguir escuchando, mirando, pensando, escribiendo sobre la clínica musicoterapéutica. El adentrarse en la búsqueda del tema de tesis, ahondarlo, explorarlo, elegirlo, en una intensidad, a veces desmesurada, para poder profundizar su saber y no saber, ese andar que nos posibilite ir descubriendo y componiendo una posición, sus posibles conceptualizaciones, diálogos, tensiones y simultáneamente la necesaria deconstrucción para poder investigar.

Escuchar fue el primer paso para pensar qué investigar, y siguió siéndolo aún en los cambios de la temática. Escuchar fue parte imprescindible de esta tesis, fue el tema elegido y fue el hacer para investigar en este camino de desarrollo contextual, textual y clínico del abordaje musicoterapéutico.

La historia y el presente de muchos años de experiencia clínica en niños con encefalopatía crónica no evolutiva, los comienzos, las aproximaciones, el delinear nuestra especificidad y construir un posicionamiento fueron cobrando sostén discursivo, trazando relieves, encontrando enlaces, organizadores, variables, el hallazgo de la novedad que daba paso a la formalización y focalización del tema de la investigación.: Escuchar como la intervención más apreciada que abre lugar a la pregunta por nuestro hacer, por el encuentro expresivo, la construcción vincular y sus posibilidad de favorecer experiencias expresivas subjetivantes en el escenario musicoterapéutico en niños con ECNE.

CAPITULO 1 PROYECTO DE TESIS _____

TEMA

La Escucha musicoterapéutica en niños con encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)

INTRODUCCIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Esta investigación se despliega a partir de una búsqueda en el proceso del pensar e interrogarse sobre la clínica musicoterapéutica con niños con ECNE y sus posibilidades de favorecer experiencias expresivas subjetivantes.

El abordaje terapéutico de niños implica un preguntarse sobre los saberes construidos en tanto profesionales de la salud como sujetos atravesados por discursos en relación a la infancia, a la salud, el padecimiento, la patología, los diferentes paradigmas de abordaje y muchos trazados más que iremos recorriendo.

En la clínica los terapeutas nos enfrentamos a un desafío, en relación a la conceptualización de la infancia y los tratamientos terapéuticos que realizamos, tanto en la complejidad de las situaciones que transitan los niños, atender a su padecimiento como a la necesidad de promover espacios para que acontezcan sus posibilidades subjetivantes.

Como musicoterapeutas para habilitar un espacio que aloje la expresividad de los niños, debemos saber los condicionantes que se juegan en sus posibilidades expresivas y los condicionantes propios de la patología neuromotora de la población a la que nos referimos en esta investigación.

Para poder conocer sobre el proceso musicoterapéutico clínico indagaremos sobre la encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), definición, características, etiología, las alteraciones asociadas y sus posibles incidencias en el desarrollo de los niños. La escucha musicoterapéutica implica también conocer la problemática de base y las

alteraciones sensoriales asociadas de los niños con ECNE como componentes que condicionan las producciones expresivas de la población mencionada y también dan cuenta del padecimiento.

La función del musicoterapeuta es escuchar y propiciar un escenario para facilitar experiencias expresivas. Una escucha que atiende a las posibilidades de recepción, miradas, gestos, respiración y sonidos de los niños.

Nos centraremos en la importancia de la escucha musicoterapéutica dentro del escenario vincular como intervención en la clínica en Musicoterapia con niños con encefalopatía crónica no evolutiva. (ECNE)

Ahondaremos en cómo fue atendida, escuchada y acompañada la progresión evolutiva, subjetiva relacional de los niños con ECNE. Exploraremos diferentes posicionamientos de abordajes en Musicoterapia y de la escucha musicoterapéutica. Para esto rastreamos sobre la historia de los abordajes en Musicoterapia en niños con Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE) en relación a los paradigmas de discapacidad históricos, los que persisten desde la antigüedad y los actuales.

Indagaremos en cómo es valorada la escucha musicoterapéutica en el presente en los diferentes ámbitos de atención de la población de nuestra investigación, y en las diversas conceptualizaciones de la clínica musicoterapéutica, mediante el análisis de datos provenientes de una entrevista a musicoterapeutas que trabajan con niños con ECNE.

Presentaremos dos viñetas de musicoterapia de la clínica de niños con ECNE donde se describirán distintas intervenciones a partir de la escucha y sus posibilidades expresivas y subjetivantes.

Recorreremos mediante estos relatos de sesión el abordaje en musicoterapia, en niños por cuyo compromiso clínico su escenario de vida se desplegaba en largas horas de rehabilitación.

Propondremos una clínica del detalle, una escucha minuciosa de lo sutil rescatando lo pequeño de las manifestaciones expresivas de los niños como potencia subjetiva y sus implicancias en el abordaje musicoterapéutico. Una clínica del que apuesta a la complejidad en la escucha.

INTERROGANTES DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 10

¿Cómo se ha conceptualizado la escucha musicoterapéutica en relación a los paradigmas de abordaje de niños con encefalopatía crónica no evolutiva en los diferentes escenarios históricos?

¿Cuáles son los procesos de construcción de la escucha y sus implicancias en la clínica musicoterapéutica de niños con ECNE?

¿Cómo o en qué relaciones, discursos materialmente soportados puede verificarse el efecto de la escucha MT como intervención?

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación surge a partir de un abordaje individual como Musicoterapeuta en un centro educativo terapéutico con niños con encefalopatía crónica no evolutiva.

Niños descriptos en la historia clínica desde el déficit producto de una patología, trastorno o cuadro de base orgánica pero sin referencia a su condición de sujeto. Cuyas terapias se basaban en aspectos rehabilitativos y la recuperación funcional de áreas afectadas a partir de la implementación de modelos, técnicas y tratamientos

sistematizados de rehabilitación, haciendo poca o nula mención a la singularidad de los niños.

Dentro de este contexto y características de la población se planteó un abordaje musicoterapéutico en niños con compromiso neuromotor que se diferencie de los demás tratamientos rehabilitativos, y delimite en su distinción la especificidad de una clínica musicoterapéutica que se ocupa de la salud mental de los niños, de sus modalidades expresivas, de sus potencialidades subjetivantes que dan cuenta de un sujeto y su interioridad.

Una musicoterapia que no trabaja desde y para la discapacidad sino con el niño; que valora a los niños como sujetos en desarrollo. Una musicoterapia que apuesta al trabajo interdisciplinario en forma conjunta e integrada junto a los tratamientos rehabilitativos, que toma en cuenta las posibilidades y necesidades, que presentan los niños desde lo neuromotor, sensorial y demás condicionantes, pero escucha, atiende y se ocupa del mundo expresivo relacional vincular de los niños como constitutivos de su subjetividad.

El Musicoterapeuta se forma para escuchar, para transitar en el escenario expresivo, su escucha aloja, propicia desde lo más sutil de las producciones expresivas de los niños a una escucha más amplia que se extiende a una mirada interdisciplinaria. Una musicoterapia que bordea la especificidad pero se resignifica en el trabajo interdisciplinario (A, Giacobone, 2006)

Proponemos una *clínica del detalle* (Banfi, 2015), un escenario donde lo pequeño e inmenso de sus posibilidades expresivas son escuchadas y celebradas como posibilidad y potencia de expresión subjetivante.

El abordaje musicoterapéutico se enmarca dentro de una escucha “*del detalle*”, dado que son niños cuya posibilidad de iniciativa, espontaneidad y continuidad en sus producciones expresivas se ven condicionadas por su compromiso neuromotor severo.

Desde un gesto corporal, desde un respirar, una mirada, un balbuceo, el silencio. Una escucha de lo pequeño, de lo fugaz y potente, porque la producción de estos puede ser intermitente y sutil. Pensamos la intervención como una escucha que valoriza lo pequeño, lo sutil, no como un sentido de carencia sino de potencia y singularidad.

Una escucha musicoterapéutica que requiere un trabajo con la propia escucha del musicoterapeuta, para que sus producciones expresivas sean esperas, sostén, silencio sonido que no ocupe ni interfiera las posibilidades y los acontecimientos expresivos.

Una escucha que requiere de una construcción vincular, el vínculo como núcleo de la clínica musicoterapéutica.

Esta investigación recorrerá posibles conceptualizaciones a partir de las cuales se pueda pensar un proceso musicoterapéutico en niños con encefalopatía crónica no evolutiva, que apunten dentro de una clínica del detalle a favorecer experiencias expresivas subjetivantes y rescatar aquellos aspectos que son sanos más allá del compromiso descripto.

IDEA DIRECTRIZ

La escucha musicoterapéutica se constituye en una intervención en la clínica de niños con ECNE que facilita un escenario vincular en el cual se despliega un discurso que da cuenta de un sujeto y de su singularidad.

OBJETIVO GENERAL

-Describir y analizar los procesos mediante los cuales la escucha musicoterapéutica se constituye en una intervención en sí misma en la clínica de niños con ECNE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir y articular las características del cuadro ECNE que conciernen al particular abordaje MT, a su escucha, y en la construcción de intervenciones y estrategias clínicas.

-Indagar y analizar la conceptualización de la escucha según los diferentes escenarios históricos de atención y en los diferentes paradigmas de abordaje.

-Diferenciar el concepto de técnica del de intervención y sus posibles relaciones con modelos o paradigmas.

-Describir las producciones expresivas desde las manifestaciones sutiles (sonido, cuerpo, movimiento, micro movimientos) que dan cuenta de una intervención construida desde la escucha musicoterapéutica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizará una investigación exploratoria y descriptiva, desde una perspectiva cualitativa.

Fuentes Primarias:

a) **VIÑETAS CLÍNICAS** Se presentará y analizará dos viñetas clínicas de sesión (relatos de sesión) provenientes del abordaje musicoterapéutico implementado en un centro educativo terapéutico (CET).

Criterios de la muestra: Se realizara un recorte de sesión seleccionando del material escrito del archivo personal propio del abordaje en Musicoterapia niños con ECNE.

Los criterios de inclusión y selección de los relatos de sesión tendrán en cuenta los siguientes puntos:

-Abordaje musicoterapéutico individual a niños con ECNE con gran compromiso clínico y alteraciones asociadas, que debido a su patología de base severa recibían abordajes rehabilitativos (AKR: Asistencia Kinésica Respiratoria) movilizaciones pasivas, estimulación orofacial, alineamiento y posicionamiento en silla y colchoneta pasivo y algunos talleres de estimulación sensorial)

-Relatos escritos de sesión donde la cualidad de la escucha del detalle aloja las sutilezas de las manifestaciones expresivas de los niños con ECNE con gran compromiso clínico, cuyos condicionantes en su producción requieren de una escucha sensible a los gestos, pequeños sonidos y micro movimientos y la posibilidad de atender, intervenir a partir de estrategias terapéuticas que se construyan en el encuentro vincular entre el niño y el musicoterapeuta

-Articulación con el marco teórico: relacionando con conceptos claves del desarrollo teórico, que nos permitirá aportar y construir ejes conceptuales de nuestra investigación y desde donde analizaremos los relatos clínicos de sesión:

b) **ENTREVISTA:** recolección de datos mediante una entrevista focalizada y guiada. Para la realización de la misma se utilizaron dos medios de envío: mail y grabaciones por wasap, (donde se transcribieron los audios), y cada entrevista fue enviada por mail al correspondiente entrevistado para su revisión escrita y posible modificación.

Criterios de selección:

Se realizara una entrevista a ocho Musicoterapeutas.

Criterios de inclusión: Tener experiencia clínica en niños con ECNE mínima de cuatro años y continuar trabajando en la actualidad en Argentina La búsqueda priorizó musicoterapeutas argentinos que se especialicen en diferentes ámbitos: área educativa terapéutica, clínica y rehabilitativa. El procedimiento de muestreo es discrecional. Y selectivo, en tanto no se pretende representatividad estadística de ningún tipo, sino profundización en la comprensión del abordaje musicoterapéutico

Criterios de exclusión: No aceptar la petición y condiciones de la entrevista y en relación al tiempo estipulado para contestar las preguntas de la entrevista.

Fundamentación:

Se realizarán entrevistas para conocer y analizar los procesos sobre cómo se constituye la escucha musicoterapéutica en la clínica de niños con ECNE de acuerdo con los diferentes perspectivas, modelos, posicionamientos y ámbitos de atención.

Los objetivos son recopilar información mediante preguntas que nos permitan conocer y analizar acerca del posicionamiento de los musicoterapeutas, los paradigmas a los que adhieren y la implicancia en la escucha e intervenciones en la clínica musicoterapéutica.; diferenciar el concepto de técnica del de intervención en la construcción de la escucha musicoterapéutica y sus posibles relaciones con los diferentes escenarios de abordajes musicoterapéuticos descriptos.

Los criterios de selección de las preguntas de las entrevistas nos van permitir indagar sobre las diversas modalidades de abordajes musicoterapéuticos que se desprenden de los posicionamientos y paradigmas atencionales de discapacidad, y cómo a partir de esto se construye y se conceptualiza la escucha musicoterapéutica, y se trazan objetivos y estrategias en la clínica de niños con ECNE:

Ejes de análisis para las entrevistas: Los ejes de análisis se delinearon a partir de los objetivos específicos de la investigación para responder con el material aportado por los entrevistados al objetivo general. Se realizó un cuestionario que permita la recolección específica de la temática, a partir del cruce de estos ejes conceptuales, se delineó la matriz de datos.

1-Paradigmas de abordaje en Musicoterapia

2-La función del musicoterapeuta en la clínica de niños con ECNE (modelos y/o métodos de musicoterapia)

3-Conceptualización de las intervenciones y la implementación de técnicas en musicoterapia

4-Valoración de la escucha musicoterapéutica y su relación con la construcción de intervenciones y estrategias clínicas

ESTADO DEL ARTE

En la revisión de antecedentes de abordajes en Musicoterapia a niños con ECNE y artículos relacionados con la temática a investigar se vislumbran diversos paradigmas y modelos atencionales.

En rasgos generales podemos apreciar por un lado abordajes que se posicionan en la rehabilitación y trabajan favoreciendo la expresión, la comunicación, fomentando la relación con el material sonoro desde lo funcional y recuperativo, con una impronta rehabilitativa, haciendo escasa mención a la escucha musicoterapéutica y cuyo eje está centrado en rehabilitar mediante la aplicación de técnicas y recursos para la recuperación o mejora de habilidades funcionales cognitivas expresivas en los niños con discapacidad. La escucha desde este posicionamiento estaría al servicio de lo rehabilitativo, y condicionada a las aplicaciones técnicas que impone el modelo.

Por otro lado encontramos antecedentes que trazan una diferenciación de posicionamiento musicoterapéutico en relación a los abordajes que describimos anteriormente, que da cuenta de desarrollos conceptuales clínicos de la musicoterapia donde se resignifica la construcción de escucha, y las producciones expresivas sonoras son consideradas como potencialmente comunicantes y subjetivantes. Un abordaje cuyo posicionamiento se establece desde lo vincular relacional como eje de la experiencia musicoterapéutica

Tomaremos algunos aportes de musicoterapeutas que, si bien no contextualizan su investigación en la clínica de niños con ECNE, sus desarrollos teóricos clínicos en la infancia y su posicionamiento contribuyen a interrogarnos y a pensar reflexivamente en estos escritos.

Cabe destacar las dificultades de encontrar material escrito clínico específico de la población de nuestra temática como antecedentes que den cuenta de un posicionamiento clínico que trabaja desde un paradigma de salud mental, encontrándonos con publicaciones cuyos lineamientos clínicos y teóricos presentan una fuerte impronta rehabilitativa.

A continuación presentaremos antecedentes con diferentes conceptualizaciones de abordajes musicoterapéuticos:

Desde un posicionamiento musicoterapéutico que aborda las problemáticas desde un paradigma de salud mental encontramos algunas investigaciones y ponencias:

En su tesis *Musicoterapia y Cuidados Paliativos. Improvisación libre y Juego en Pacientes de Cuidados Paliativos Pediátricos Con Internación Prolongada* (2012) el Lic. Gabriel Solarz se va a referir a que lo que habilita espacios en la clínica musicoterapéutica para que la singularidad se manifieste es la escucha del musicoterapeuta, esta escucha de las producciones del paciente son las que van a orientar las intervenciones y posiciones que tome el terapeuta, y que para movilizar las relaciones de poder que se establecen en el escenario musicoterapéutico, que permita darle movilidad, se requiere que el musicoterapeuta construya una escucha, una posición de la escucha.

Gabriel Solarz (2012) expresa

(...) el sujeto es el que crea aquellas alternativas posibles al padecimiento. Y que nosotros escuchamos. Pero la escucha es trabajada, éticamente trabajada. Una

escucha que tiene una profunda responsabilidad, la de albergar y habilitar un fenómeno estético que rompa el efecto violento de la escena de enfermedad, para generar nuevas formas de relación con el mundo .(...) La escucha pensada como contemplación, como apertura sensible a la propuesta discursiva del otro, sumado al ofrecerse como sostén como acompañamiento en el devenir, se sustenta en la idea de una clínica musicoterapéutica en constante construcción, de movimientos del terapeuta en relación a los movimientos del niño.(p.67)

El musicoterapeuta define a la escucha como contemplación, pero también sostén, dado que acompaña al niño en la incertidumbre de lo nuevo y de la posibilidad de diferenciarse de lo estático de lo escena para generar nuevas formas de relación con el mundo. La escucha implica un sutil juego de posiciones móviles, que se van dando en el devenir de los acontecimientos, en el devenir de las producciones, en el devenir niño de aquel que fue puesto como una identidad fija

Elcira Belloc en una conferencia realizada en el Hospital General de niños Ricardo Gutiérrez en el año 2009 describió a la escucha como establecedora de una relación con el llamado al otro.

Elcira Belloc (2009) expresa

Escuchar es inseparable de hacerse escuchar, es en la escucha donde se abre la posibilidad de los intercambios sonoros, es en la escucha trabajada en donde algo hace marca. Estas marcas son las que van construyendo este discurso pleno de intercambio subjetivo, estos intercambios establecen fuerte relación con la cualidad sonora, están íntimamente ligados. Las cualidades sonoras son a la escucha pantallas en la que se inscriben los gestos, las esperas, las alternancias, los ritmos, es decir la creación de modos de existencia. (p.1)

En su ponencia la musicoterapeuta presenta una grabación de una viñeta clínica musicoterapéutica de un paciente con parálisis cerebral cuadripléjico con un gran compromiso motor y respiratorio. Luego expone el análisis de la grabación distinguiendo diferentes elementos como motivos conductores, y los define como

elementos reconocibles y que nos guían en la escucha. Los otros elementos son los parámetros estructurantes: el ritmo, a la manera de expresar el devenir del tiempo.

El otro parámetro estructurante en este discurso es la alternancia: que es el modo para En entender cómo se construye ese devenir.

En este audio Belloc hace un análisis de la grabación de una viñeta de sesión desde una escucha. Para este análisis la musicoterapeuta propone escuchar las relaciones entre sonidos , escuchar cómo se develan estas relaciones a través de las cualidades de la materia sonora , y como el jugar afecta estos intercambios de afectividad que se convierten en un decir, en un discurso .

Belloc (2009) afirma

Esta escucha analítica basada en el descondicionamiento y en la búsqueda de nuevas cartografías de los hábitos de escucha permite posicionarse ante el hecho sonoro en Musicoterapia con actitud abierta que implique comprender el sentido del discurso (...) el sujeto solo adviene como tal en la trama relacional, adviene y deviene en el intercambio. Este intercambio nos habla de una potencialidad propia del ser humano y que está más allá o más acá de las circunstancias particulares. Hay aquí una historia sonora de este joven, que les habla de esa capacidad de afectar y ser afectados, aun en la mayor inmovilidad es posible un movimiento, una afección. (p.5)

La Lic. Ximena Perea en su tesis Entre lo originario y lo original (2005) va a plantear a la escucha como posición “*donde es necesario que se produzcan aperturas en la posición de escucha del musicoterapeuta a favor de habilitar al sujeto como conductor de su proceso de tratamiento*” (P.8). La musicoterapeuta describe un escenario musicoterapéutico, en el cual, a través de un encuadre de trabajo, sostenido en el lenguaje del arte y una estructura vincular grupal, se habilita a aperturas y

deslizamientos discursivos. La posibilidad de reconocer los sujetos las propias producciones expresivas requiere de una escucha.

Ximena Perea expresa

*“El espacio sostiene una estructura vincular que alternativamente lo instala en un lugar de escucha de otros sujetos, y en un lugar de producción; posición que lo impulsa a un lugar propio en su discurso. Lugar en donde emerge su subjetividad, subjetividad que sostiene ese discurso.”(...)*Lo importante de las intervenciones en este sentido es que recortan escuchando la voz propia, rescatan detalles en las manifestaciones del sujeto que ha cedido la posibilidad del discurso a otro (p.21)

La musicoterapeuta relaciona la escucha a la intervención y a la producción, y la implicancia entre las mismas las presenta como móviles, es decir las producciones de los sujetos en el escenario clínico permiten transitar diferentes lugares, producir, deconstruir el discurso propio, y ser receptor, co-constructory deconstructor del discurso de un otro ser productor *“(...) el musicoterapeuta se implica en estos procesos desde un lugar de escucha e intervención a modo de producción, sosteniendo este espacio que desde una posición de incertidumbre ante el discurso del sujeto, contiene la posibilidad de alternancia de los lugares discursivos.”* (P. 5).

Entonces la escucha es también una urdimbre compartida, no es solo del musicoterapeuta ni del sujeto, sino que deviene compartida, un dialogo alternado. *“Se escucha el sonido y se desliza el sentido que se encadena a una serie de significantes que construyen la historia y el proceso de producciones grupales puestas en juego en un espacio que permite que dentro de una historia grupal los sujetos reinauguren sus maneras de hacerse oír”* (p.29)

Perea va a definir la posición de escucha del musicoterapeuta como una A- posición, una posición que toma diferentes ubicaciones y que se determinará en todo caso por la

posición del sujeto“(…) Entonces lo complejo, y hasta contradictorio de esta A-
posición, es que deja de serlo cuando el sujeto nos va ubicando en determinado lugar
de la escena expresiva que despliega.”(p.46)

Gustavo Langan en su tesis Musicoterapia y Esquizofrenia (2005) describe a la escucha
del musicoterapeuta como un espacio de contemplación, y que este acto de
contemplación, de escucha, de las producciones estéticas implica un trabajar nuestra
posición.

Gustavo Langan (2005) afirma

*“Somos nosotros los musicoterapeutas, como espectadores de esa escena sonora
que se genera en sesión, los que le atribuimos a ese hacer una entidad diferente
con sentido de discurso. (...)Y ese hecho único e irrepetible generado en sesión
erigido como obra, necesito de procedimientos, de acciones, que encuentran en
nosotros los musicoterapeutas una escucha, que no juzga, pero que dota de
sentido. (p.32)*

Posicionarse desde una escucha presupone una herramienta básica del trabajo del
musicoterapeuta: la escucha, la escucha como contemplación señala Langan, un
contemplación transformada en escucha *“una forma singular de contemplar: una
identidad claramente distinta. Otro escuchar, escuchar al otro, escuchar lo otro” (p.
41)*

Desde una esfera rehabilitativa nos encontramos con algunas investigaciones que dan
cuenta de abordajes que trabajan para la recuperación y compensación de las áreas
afectadas en la clínica de niños con ECNE:

En un artículo llamado *Impacto de la musicoterapia en la estimulación sensorial,
social, cognitiva y motriz en niños, con déficit neurológico en México (año 2015)* hace
referencia a un estudio prospectivo con intervención musical cuasi experimental que se
llevó a cabo el centro de rehabilitación Infantil Teletón de Occidente se implementó

programa de estimulación temprana integral el cual se complementó con musicoterapia sensorial, cognitiva, motriz.

La terapia musical consistió en usar la música, y sus elementos en los pacientes con el fin de facilitar la comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, áreas sociales y cognitivas. La población fue en niños de 12 a 42 meses de edad, diagnosticados con daño o riesgo neurológico que presentaban retraso del desarrollo psicomotor ingresados desde el año 2010. Es una muestra no probabilística por conveniencia, se inició el estudio con 100 niños pertenecientes a la Clínica de Estimulación Temprana y Neuroterapia

El objetivo de la investigación fue conocer el impacto de la musicoterapia en la estimulación sensorial, social, cognitiva y motriz de pacientes con daño o riesgo neurológico en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Se usó música programática para identificar alguna deficiencia motriz, emocional o de comportamiento. Se utilizó para estimular la cognición música clásica y new age y actividades como el uso de la guitarra, xilófono así como juego de voces, enfocada a conocer figuras cosas y animales.

Por último lo motriz se estimuló con diversos juegos, ritmos corporales, percusión de la gama de instrumentos musicales con acompañamiento de música.

La conclusión de la investigación fue que el uso de los diferentes componentes de la música, provoca cambios beneficiosos en los niños con déficit neurológico en rehabilitación. El programa de musicoterapia aplicado en la rehabilitación de niños con daño neurológico favorece mejores resultados psicomadurativos.

Los resultados registrados luego de la aplicación de musicoterapia fueron positivos desde las diferentes áreas evaluadas (funcionales, cognitivas y comunicativas):

-Mejores destrezas en la manipulación de objetos -Incremento en el accionar sonoro
-Comparte con los demás niños los objetos e instrumentos musicales -Disminución de la ansiedad y de reacciones disruptivas emocionales-Aumento del interés por el contacto con los instrumentos musicales y personas- Explora su entorno visual, sonoro y táctil.- Mayor aceptación de estímulos musicales.

Desde España Eugenio Marrades Caballero en su tesis doctoral *Musicoterapia Activa en Neurorehabilitación de Miembros Superiores en PC de Tipo Severa con Afectación Bilateral* define a la Musicoterapia neurorehabilitativa como una terapia basada en modelos neurocientíficos sobre la percepción modal y donde las intervenciones tienen objetivos funcionales no musicales que se adaptan a las necesidades de los pacientes.

La Musicoterapia en Neurorehabilitación (NMT) utiliza técnicas para generar y modelar respuestas, con el objetivo de que el paciente con PC busque estrategias conductuales para llevar a cabo la función motora, compensando así las deficiencias de los movimientos anormales. Además facilita la plasticidad neuronal, la recuperación y compensación de la función en las áreas afectadas.

Marrades Caballero (2015) refiere que

Los aspectos cognitivos pueden ser optimizados mediante las diferentes funciones inherentes a la Música, como por ejemplo, la provocación de placer, al reforzar las conexiones sinápticas mediante la liberación de serotonina, hecho que contribuye a la consolidación de la memoria Y también, mejorando la capacidad atencional sostenida, selectiva o dividida, mediante la gran variedad y capacidad de adaptación y motivación que conllevan las tareas musicales que se utilizan en la terapia (p.28)

Las técnicas NMT +son:

La Interpretación de instrumentos musicales con fines terapéuticos (TIMP), (orientar y estructurar la realización del movimiento funcional)- La Improvisación musical,

(beneficios socioemocionales inherentes y motivacionales) Técnica que se emplea para la evaluación y diagnóstico.

Se realizó una investigación por un equipo de dos musicoterapeutas en el abordaje musicoterapéutico a niños con parálisis cerebral de manera individual, donde se realizó la aplicación de Musicoterapia Activa en Neurorehabilitación y mediante la utilización activa por los propios pacientes de las técnicas de Improvisación Musical y de Interpretación de Instrumentos Musicales con fines Terapéuticos.

El objetivo de la investigación fue demostrar la mejora de la capacidad funcional motora gruesa de los miembros superiores, en pacientes afectados con PC bilateral de tipo severo, mediante la aplicación de Musicoterapia Activa en Neurorehabilitación

Las conclusiones arribadas en la investigación fueron que mediante la aplicación optimizada por un equipo de dos musicoterapeutas de las técnicas activas de Musicoterapia en Neurorehabilitación, se consiguen mejoras significativas en la capacidad funcional de los miembros superiores, de jóvenes afectados severamente con PC de tipo bilateral.

En su monografía *Musicoterapia en Parálisis Cerebral* Marcela Paz Maldonado presenta su abordaje adhiriendo al *Modelo teórico Gustavo Gauna*, así lo menciona Maldonado. “*Se adhiere al enfoque que determina la música como lenguaje universal y que sus características sumado a la confianza del musicoterapeuta en el proceso expresivo, marcan una particularidad en el abordaje musicoterapéutico*” (Maldonado, 2013, p.13)

Luego la autora va a citar al Musicoterapeuta Gustavo Gauna presentando algunos conceptos que desarrolla el Musicoterapeuta tales como *Personalidad expresiva*, confianza en los *Núcleos de Salud*, y va hacer referencia también a un vínculo estético y activo entre paciente y musicoterapeuta

A partir de esta presentación conceptual teórica comienza a describir sobre la Musicoterapia aplicada a la Parálisis Cerebral haciendo un desarrollo de diferentes intervenciones y técnicas en un proceso musicoterapéutico con un joven con parálisis cerebral.

Maldonado presenta brevemente las técnicas que implementa en el abordaje en Musicoterapia de un joven con parálisis cerebral.

-Movimiento con música: Estas técnicas se fundamentan en los efectos neurofisiológicos que genera la música y la sincronización musical-movimiento que se produce en las respuestas motoras asociadas a la estimulación musical.

-Movimiento libre y dirigido con música: Son ejercicios que adecuan el movimiento a la música para luego ajustarlo rítmicamente. Registro de las sensaciones internas del cuerpo y la percepción sensorial de los estímulos externos, favorecer la conciencia del esquema corporal y sus posibilidades expresivas, y de las nociones témporo espaciales.

-Movimiento a través de la música: el sonido es un estímulo facilitador de la afectividad y la motivación, como del movimiento físico .Hace referencia principalmente, a la ejecución instrumental para realizar funciones físicas, movimientos de dedos, manos, brazos, hombros, piernas y músculos motores orales, ayudando a mejorar la movilidad y amplitud de los movimientos.

-Estimulación rítmica de patrones motores y su sincronización auditiva, experiencias rítmicas musicales que mejoran el control del movimiento en miembros superiores e inferiores y la motricidad en general.

-Percusión corporal, sensaciones táctiles que estimula la percepción interior del ritmo promoviendo respuestas sensoriales y motoras que facilitan su memorización.

-Expresión vocal o canto, estimulación del potencial expresivo-emocional de la voz.

-Habilidades auditivas, atención al entorno sonoro, discriminación y reconocimiento de los sonidos y silencio.

Para finalizar la autora hace una evolución del paciente en la relación con los instrumentos musicales y objetos sonoros distinguiéndola en diferentes etapas: Intención Receptiva, Intención manipuladora, manipulación asistida, manipulación autónoma.

En su Tesina de El violoncelo como herramienta terapéutica en el estudio de un caso de parálisis cerebral la musicoterapeuta Gracia Caso Loreto (2013) expone los objetivos terapéuticos del trabajo en Musicoterapia con esta población:

-Favorecer la comunicación

-Expresar emociones

-Aumentar la conciencia de sí mismo, de los demás y del entorno.

-Ejercitar e incentivar la motricidad fina/gruesa, el control de movimiento y el desarrollo del lenguaje.

-Desarrollar habilidades sociales

La Musicoterapeuta presenta la tesis como una investigación cuantitativa y de carácter conductista, caracterizado por la relación estímulo respuesta, ofreciendo un feedback al usuario (termino que utiliza para nombrar al paciente) para que asocie el estímulo a una conducta adecuada. La conducta a desarrollar son las emisiones vocales.

Las sesiones se organizan de manera semi estructurada, se canta la canción de bienvenida con la guitarra, y al final se canta la canción de despedida. La parte central de la sesión no se programa la actividad previamente.

Las técnicas que he utilizado han sido eminentemente activas, utilizando música aumentar el número de emisiones vocales. Se implementaron actividades con canciones

e instrumentos musicales y estimulación vibrátil con el violoncelo. El objetivo general será el de observar si el número de emisiones vocales es incentivado por el uso del violoncelo en musicoterapia.

Loreto Caso, G (2013) afirma que

Los estudios realizados por Nordoff y Robbins partiendo de que “la melodía es un producto del ego que resuena en el alma”, y del concepto de Steiner de la Armonía de las Esferas, encontraron que los intervalos musicales eran útiles para guiar una improvisación clínica. Por tanto podemos definir los intervalos anteriormente expuestos: con la segunda mayor, la experiencia interna pasa a ser más activa (...) Con la tercera menor se empieza a encontrar un equilibrio interno. La cuarta perfecta nos conduce hacia los otros y hacia el entorno; y con la quinta justa nos volvemos extrovertidos y se tiene la experiencia de permanecer en un equilibrio confrontado (p.28)

PARTE I MATERIAL TEÓRICO

CAPITULO 2

APROXIMACIÓN A NOCIONES BÁSICAS DE UNA ENCEFALOPATÍA CRÓNICA NO EVOLUTIVA

Si, reflexionando sobre la esencia de la subjetividad, la encuentro vinculada a la del cuerpo y a la del mundo, es que mi existencia como subjetividad no forma más que una sola cosa como existencia como cuerpo y con la existencia del mundo y que finalmente, el sujeto que yo soy, tomado concretamente, es inseparable de este cuerpo y de este mundo.

Fenomenología de la Percepción. Maurice Merleau-Ponty

CAPITULO 2

2.1 Introducción a los conceptos básicos de la encefalopatía crónica no evolutiva:

Los Musicoterapeutas escuchamos, y esta cualidad propia de nuestra hacer nos sitúa y nos convoca a atender a la singularidad en la complejidad, un entrecruce discursivo de relatos que atraviesan, habitan, condicionan y posibilitan la construcción de salud y padecimiento de los niños en el abordaje musicoterapéutico.

El desafío en el hacer musicoterapéutico consiste en escuchar tanto los condicionantes del padecimiento, aquello que aliena en la repetición sin posibilidad de movimiento, y los procesos, gestos, esbozos “*que se reconozcan a salvo de rotulaciones diagnosticas vigentes*” (Musicoterapia, 2015, pág. 37) y de cualquier intento de disciplinamiento.

La clínica musicoterapéutica requiere interrogar y preguntar sobre las formas expresivas de los niños que se hacen presentes como potenciales espacios de singularización de la experiencia vincular, y de los lugares estáticos que cercenan las posibilidades subjetivas.

Aproximarnos allí donde el niño se reconoce en un sonido, en un timbre, en un respirar y compone algo nuevo, que lo transforma en una vivencia compartida, que produce una alternativa a lo único que se daba o se esperaba, significa poder acercarnos a un intento de alivio del sufrimiento de los niños.

La importancia de conocer sobre la problemática de base, sus alteraciones asociadas, sus consecuencias sobre el desarrollo, maduración y sus implicancias en la subjetividad de la población de nuestra investigación es fundamental a la hora de posicionarse y pensar un abordaje musicoterapéutico desde la complejidad, tanto en la escucha, intervenciones como en las estrategias terapéuticas.

Alejandra Giacobone expresa

Cuando nos encontramos con un niño con mucha limitación orgánica, con un real en el cuerpo hay una organicidad que no podemos negar. La escucha va a estar siempre atravesada, considerando a la escucha como el tratamiento musicoterapéutico y la intervención, por el conocimiento de lo que al sujeto le sucede, le pasa y desde un conocimiento cabal y profundo de lo que significa una encefalopatía crónica no evolutiva. (...). (Comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

Los niños con encefalopatía crónica no evolutiva, por su compromiso clínico vivencian experiencias de dolor, sufrimiento, incomodidad, desorganización corporal, cambios tónicos musculares que implican sensaciones desagradables con su cuerpo, dificultades respiratorias, contracturas, y muchas alteraciones asociadas al compromiso de base. Obviar, desconocer o carecer de información y formación sobre el compromiso sustancial neuromotor, sus alteraciones asociadas y las consecuencias en las experiencias que continuamente vivencian los niños con ECNE es estrechar y reducir la escucha, y no contemplar las necesidades y dificultades que atraviesan los niños, y como dichas situaciones son condiciones de su producción.

Pensar la clínica en musicoterapia, alojar las singularidades de la población que abordamos, conociendo sobre su problemática de base y recepción de la información aportada por el equipo interdisciplinario y la familia.

La información que nos brinda el equipo interdisciplinario sobre la situación y compromiso clínico de los niños va a ser un dato más, tanto como los aportes desde el ámbito familiar, educativo terapéutico, para poder complejizar la escucha musicoterapéutica.

Es implicarnos también a nosotros, los terapeutas, escuchar nos y escuchar como un juego de doble enlace, que interroga sobre las propias construcciones que hacemos

como musicoterapeutas en relación a la información de los diferentes contextos, sosteniendo la pregunta sobre la condición de sujeto y sus posibilidades expresivas, entendiendo que las experiencias subjetivas acontecen en el encuentro con un otro en relación y en el marco de una escucha.

Para comenzar a transitar esta instancia abordaremos conceptos básicos en relación a la definición de ECNE, etiología, clasificación y alteraciones sensoriales asociadas.

2.2 Definición de encefalopatía crónica no evolutiva:

La encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE) o también denominada Parálisis Cerebral (PC) es considerada un grupo de trastornos del desarrollo y del movimiento, que se manifiestan como problemas motores no evolutivos atribuidos a lesiones, disfunciones o malformaciones cerebrales en las primeras etapas de desarrollo infantil. El área afectada puede estar relativamente circunscripta y limitada a la corteza cerebral en sus partes sensitiva o motora, al cerebelo o los ganglios basales, o tratarse de una afección más generalizada y que comprende muchas áreas cerebrales.

Las alteraciones en el S.N.C. no son progresivas. La aparente evolución del trastorno, es consecuencia del compromiso de base que se manifiesta tempranamente en los niños afectados. La información que el sistema sensorial transmite al cerebro está condicionada e interferida por los patrones alterados de movimiento y tono anormal por la lesión de base. En la encefalopatía crónica no evolutiva el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otras alteraciones (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños. (Giacobone, 2008)

Muzaber, L, L, L, y Shapira, I. (1998) definen:

Características de ECNE:

- a) *Cerebral: se excluyen las lesiones del S.N. Periférico, medulares, etc.*

- b) *No progresiva: se excluyen las enfermedades degenerativas.*
- c) *Persistente: importante para la previsión de requerimientos terapéuticos, educacionales, etc.*
- d) *No invariable: el cuadro clínico evoluciona por la interacción de patrones motores propios de la lesión y por el proceso madurativo del SNC, que pondrá en funcionamiento nuevas áreas y funciones. Aparecen signos clínicos no evidentes en los primeros estadios que pueden dar una imagen falsa de progresividad.*
- e) *La agresión en un cerebro en desarrollo interfiere la maduración del SNC antes que la función haya sido aprendida, es decir, hay una retroalimentación anómala en un cerebro atípico. El SNC aún carece de especificaciones funcionales en las distintas áreas, lo que otras partes pueden tomar a su cargo funciones de las áreas lesionadas, o vía suplementarias de transmisión, etc. (p.85)*

2.3 Etiología:

FACTORES PRENATALES	FACTORES FETALES	FACTORES PERINATALES	FACTORES POSNATALES
Alteraciones la coagulación	Gestación múltiple	Traumatismo	Traumatismo
Enfermedades autoinmunes. HTA,	Retraso crecimiento intrauterino	Prematuridad	Neoplasias
Infección intrauterina	Polihidramnios ¹	Bajo peso	Toxicas
Sustancias tóxicas	hidrocefalia	Fiebre materna durante el parto	Accidentes vasculares
Disfunción tiroidea	Malformaciones	Infección SNC o sistémica	Anoxia
Traumatismo		Hipoglucemia mantenida	Infecciones
Alteraciones de la placenta		Hiperbilirrubinemia	Deshidratación
Trombosis materna		Encefalopatía hipóxico-isquémica ²	
Trombosis fetal		Hemorragia intracraneal	
Cambios vasculares crónicos			
Infección.			

¹ Ver Glosario. Pág. 129

² Ver Glosario .Pág. 129

Marrades Caballero (2015) refiere:

Debido a la afectación del sistema nervioso inmaduro, éste seguirá desarrollándose pero dañado, presentándose situaciones patológicas en el contexto global del niño, por lo que debe tenerse en cuenta: El retraso en la adquisición de nuevas habilidades en relación a la edad cronológica. Reacciones reflejas infantiles que persisten en todas sus funciones. Debido a la hipertonia, hipotonía o movimientos involuntarios, se observan patrones de movimientos no anormales en la ejecución funcional. El comportamiento motor anormal suele interferir en otras funciones, provocando deficiencias que van asociadas.

2.4 Características generales de la encefalopatía crónica no evolutiva:

Extraído del material de Cátedra de Perturbaciones Neurológicas y motoras (Giacobone A. , 2008)

La lesión del sistema cortical sensitivo motor produce la liberación de reflejos primitivos como los Tónicos, se liberan del control de las V. Piramidal y Extrapiramidal³ y producen espasticidad y rigidez afectando todo el cuerpo y produciendo movimientos con patrones anormales

2.4 Características generales de la encefalopatía crónica no evolutiva:

Los Reflejos son respuestas motrices involuntarias por estímulos sensitivos.

Liberación de Reflejos Tónicos del cuello: se produce una alteración del tono de todo el cuerpo (asimétrica o simétricamente) por movimiento de la cabeza y extensión de los músculos de la nuca.

Reflejos Corticalizables (que evolucionan): orales, oculares, mano, tónico-cervicales, extensores de apoyo, enderezamiento y marcha automática, moro, defensa. .

³ Ídem. Pág. 129

Reflejos Neurovegetativos (respiración, circulación, etc.) y Musculares profundos que se mantienen durante toda la vida.

Distribución anormal de Tono: se caracteriza por tipos anormales de movimiento y postura (generalmente patrones estereotipados).

Las Reacciones Asociadas está implicado aumento de tono, descarga de actividad refleja en partes del cuerpo no involucradas en el movimiento en cuestión, Refuerzan generalmente el movimiento primitivo y son automáticas ,pero al haber lesión en el sistema cortical generan un aumento de la resistencia al movimiento dado que están subordinadas a patrones anormales.

2.5 Clasificación de las ECNE según Trastorno motor y distribución del trastorno motor:

Según Trastorno Motor (del movimiento y el tono):	Según la Distribución del Trastorno Motor:
ESPÁSTICO ATÁXICO FLÁCCIDO ATETOSICO	CUADRIPLÉJIA (compromiso de los cuatro miembros) DIPLEJÍA (los MMII más afectados que los MMSS) PARAPLEJIA (MMII solamente) HEMIPLEJIA (compromiso de un hemicuerpo) MONOPLEJIA (afecta a un solo miembro)

Según la función del tipo de trastorno motor dominante:

Extraído de Material de la Cátedra de Perturbaciones Neurológicas y Motoras de(Giacobone A. , 2008)

Espasticidad: Este es el grupo de trastorno motor más grande. Se divide según el grado de afectación: grave, moderado, leve.

Espasticidad grave

Hay mínimo movimiento (movimiento impedido y no permite adaptaciones posturales) y co-contracción exagerada (mayor intensidad proximal que distal).

Se caracteriza por: hipertonía e hiperreflexia⁴ con disminución del movimiento voluntario; predominio característico de la actividad de determinados grupos musculares que condicionará la aparición de contracturas y deformidades. Poco cambio de tono al cambiar de postura. Músculos en co-contracción (por lo tanto miembros y tronco espásticos) El esfuerzo por moverse implica aumento del tono.

Los movimientos involuntarios son pequeños. Pueden utilizar reflejos tónicos para moverse. Hay Reacciones Asociadas ante el esfuerzo, la excitación, la pérdida de equilibrio, el miedo, la ansiedad, etc. que implican también aumento del tono.

Persistencia de Respuestas primitivas (Moro, Enderezamiento del cuello).

Espasticidad moderada

La espasticidad es moderada en reposo. Hay una mayor variabilidad del tono que en la espasticidad, ante el movimiento rápido y esfuerzo hay aumento de tono. Suelen estar presentes las Reacciones Primitivas, y desarrolladas parcialmente las Reacciones de Equilibrio. Presenta Reacciones Asociadas ante el esfuerzo, la excitación, y experiencias emotivas que implican también aumento del tono aunque se caracterizan más en forma de movimiento que de aumento de tono (como en la E. grave), y además

⁴ Ver Glosario .Pág. 129

interfieren con los movimientos cuando intenta recuperar el equilibrio. Presenta mayor gravedad de contracturas y deformidades porque hay mayor probabilidad de que un grupo de músculos esté espástico mientras el antagonista no.

En la espasticidad moderada las reacciones asociadas se presentan más en forma de movimiento a diferencia de la espasticidad grave donde implican aumento de tono, e interfieren con los movimientos cuando intenta recuperar el equilibrio.

Atetoides:

Presencia de movimientos involuntarios, cambios bruscos de tono y persistencia exagerada de reflejos arcaicos. Inteligencia encubierta por gravedad motora. Variación del tono anormal que fluctúa de híper a hipo. Presenta movimientos involuntarios por cambios de tono (a mayores cambios mayor fluctuación) Espasmos tónicos.

Dificultad en mantener una postura o lograr fijar para mover algún miembro por la poca o nula co-contracción muscular. Las articulaciones son hipermóviles y tejidos que las rodean: laxos. Deformidades: no muy común en los muy móviles y graves en los distónicos. Inteligencia encubierta por gravedad motora.

Se presenta trastornos respiratorios, del lenguaje, de coordinación (respiración, articulación).

Ataxia

Caracterizada por: hipotonía, incoordinación del movimiento (dismetría), (movimientos de extremidades disimétricos). Temblor intencional y déficit de equilibrio. Desde el punto de vista clínico, inicialmente el síntoma predominante es la hipotonía;

Se distinguen tres formas clínicas: diplejía atáxica ataxia simple y el síndrome de desequilibrio. A menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis. Generalmente asociada a espasticidad lo que implica movimiento atáxico en MMSS no grave. Presencia de tono disminuido a normal. Continuos movimientos de

enderezamiento para mantener la postura (por tono postural insuficiente). Dificultad de coordinación.

Formas mixtas

La existencia de varios tipos de alteración motora es frecuente, pero, en general, se denominan en función del trastorno motor predominante. Es frecuente que el trastorno motor no sea puro. Las formas más comunes que se presentan son asociadas con ataxia y distonía o distonía con espasticidad. (Argüelles, 2008. Pàg 3)

Parálisis cerebral hipotónica

Se caracteriza por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa, Es poco frecuente, su estado es transitorio hasta los dos o tres años de edad y puede derivar en atetosis o espasticidad. No puede moverse contra gravedad.

Presenta poca respuesta a estímulos (umbral elevado) con Dificultad respiratoria, y de alimentación (succión y deglución). Persisten Patrones posturales primitivos.

.Mayor reacción al entorno: desarrolla tono postural anormal. Con fluctuaciones intermitentes de tono (crisis distónicas) (Giacobone A. , 2008)

Las atetosis se clasifican en:

Atetosis pura;

Con espasticidad,

Distonía

Coreoatetosis

Atetosis con espasticidad: Puede predominar en el niño la espasticidad o la atetosis, de acuerdo al grado de severidad por el movimiento, si hay mayor gravedad espástica la atetosis es poco evidente. El tono muscular es fluctuante.

Atetosis con distonía

Distonía y movimientos involuntarios. Distonía hace referencia a los casos de espasmos y posturas anormales que afectan al eje del cuerpo. Se caracteriza por fluctuaciones del tono que aumentan por espasmos tónicos, por lo general proximales. Notables fluctuaciones del tono (aumenta por espasmos tónicos generalmente proximales) Movimientos involuntario distales. La rigidez distónica provoca posturas patológicas debidas a los espasmos musculares prolongados. Estos espasmos se intensifican con los ruidos, los cambios de intensidad de la luz, los estímulos exteroceptivos, como al cambiar al sujeto de postura, así como los estados de tensión emocional, estos espasmos disminuyen durante la relajación y el sueño.

Coreoatetosis:

Es un trastorno caracterizado por la aparición de movimientos involuntarios muy acentuados, complejos e irregulares, breves e incontrolados, relacionados con la contracción simultánea de los músculos agonistas y antagonistas que provocan la adopción de posturas distónicas. Presentan poca estabilidad postural, con cambios continuos del tono postural que afectan sobre todo a las partes distales de los miembros. El equilibrio se recupera y mantiene moviéndose constantemente

2.6 Alteraciones asociadas que se presentan en la encefalopatía crónica no evolutiva:

Si bien la Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE) es un término que se ha utilizado históricamente para describir y agrupar con objetivos terapéuticos, epidemiológicos y a diversos desórdenes motores y posturales causantes de limitación en la actividad. Estos

son atribuidos a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro en desarrollo durante la etapa fetal o infantil temprana. En los niños con ECNE será fundamental la valoración de las alteraciones asociadas que podrían afectar a su pronóstico general como individuos y tener una gran repercusión en la calidad de vida del niño y la familia. El déficit de funciones cognitivas son las más frecuentes y van desde el retraso mental a trastornos específicos de algunas funciones: lenguaje, atención, funciones visoperceptivas, etc.,

La evaluación cognitiva en la población con compromiso motor importante requiere experiencia y test específicos.

La epilepsia es el segundo trastorno asociado en orden de frecuencia. La edad de inicio de la epilepsia está relacionado con las características y tipos de ECNE, presentándose más frecuente en el primer año de vida en los niños con tetraparesia espástica y mucho más variable en las otras formas.

Déficit sensorial: Especialmente déficits visuales y auditivos, frecuentes en todas las formas de PC, pero sobre todo en las tetraparesias. El estrabismo y los trastornos de refracción ocurren en más del 50% de los niños con PC.

Trastornos psiquiátricos: pueden relacionarse con el compromiso de base motora, especialmente: labilidad emocional y déficit atencionales, pero también rasgos obsesivos compulsivos e incluso trastorno de espectro autista Otros: trastornos de alimentación, alteraciones gastrointestinales, reflujo esófago-gástrico⁵, trastornos respiratorios, trastornos del sueño, osteopenia⁶, retraso de crecimiento. (Hurtado.I, 2007)

Debido a la frecuencia con que se presentan las alteraciones sensoriales y cognitivas es fundamental el pesquizado de las mismas en la evaluación inicial de los pacientes, pero

⁵ Ver glosario .Pág. 129

⁶ Ídem. Pág. 129

para realizar una valoración de los aspectos psicológicos y de la calidad de vida de los niños se recomienda evaluaciones complementarias en el contexto familiar y escolar.

(G. Castellanos, Riesgo Rodríguez y Robaina Castellanos.2007)

Dice Alejandra Giacobone (2015):

Una vez que nos hemos adentrado en los conocimientos neurológicos y la maduración motriz, sensorial, cognitiva, descubrimos que en la progresión evolutiva de los niños deben suceder otros eventos vinculares subjetivantes, deben estar presentes ciertas condiciones relacionales no solo para augurar un futuro sano en cuanto a la salud mental, sino para que el desarrollo sensorial, motriz y cognitivo se despliegue en todo su potencial (P.127)

CAPITULO 3

DESARROLLO HISTÓRICO Y ACTUAL DE LOS PARADIGMAS ATENCIONALES DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ABORDAJE DE NIÑOS CON COMPROMISO NEUROMOTOR

Un mundo envuelve ya un sistema infinito de singularidades relacionadas por convergencia (...) los individuos constituidos (...) seleccionan y envuelven un numero finito de singularidades del sistema que combinan con las que su propio cuerpo encarna, extendiéndolas sobre sus propias líneas ordinarias; e incluso son capaces de reformarlas sobre las membranas que ponen en contacto el interior y el exterior.

(Lógica del sentido. Deleuze, 1971)

3.1 Introducción a los paradigmas en la discapacidad:

Para comenzar a acercarnos a algunos de los componentes que se juegan en el padecimiento de los niños con ECNE, vimos en el capítulo anterior a nociones básicas de la encefalopatía crónica no evolutiva.

En este capítulo exploraremos y ahondaremos sobre cómo fue atendida, escuchada y acompañada la progresión evolutiva, subjetiva relacional de los niños con ECNE.

Para esto vamos a realizar una revisión del contexto histórico desde donde emergen los paradigmas y construyen en su desarrollo diversas concepciones de sujeto y discapacidad, como así también delinean las características y los tipos de abordajes terapéuticos con sus diferentes objetivos, estrategias, e intervenciones. Desde la desatención, el segregamiento y el ocultamiento de una época histórica, al desarrollo de disciplinas profesionalizadas y especializadas donde la rehabilitación es el eje central, y a las perspectivas actuales donde se comienza a cuestionar y a modificar el concepto de la rehabilitación, teniendo un rol significativo la incorporación de la noción de salud mental, subjetividad y vincularidad.

3.2 Una mirada histórica:

La mirada histórica de la discapacidad y su contexto social económico político nos invita a reflexionar sobre el concepto de la misma en relación a las diferentes épocas donde emergieron las diferentes paradigmas, cuyas producciones de saber estuvieron condicionadas por el pensamiento hegemónico del contexto epocal, definiendo modos de pensar e intervenir desde los diferentes ámbitos familiares, educativos, rehabilitativos y terapéuticos.

Para esto tomamos algunos aportes de Agustina Palacios (2008) quien desarrolla la evolución histórica de modelos en discapacidad y diferencia en tres etapas: el modelo tradicional o de prescindencia, el modelo de la rehabilitación y el modelo social al que podemos articular con el paradigma de autodeterminación y autonomía.

El primer modelo, denominado de prescindencia refiere que las causas que dan origen a una discapacidad surgen por motivos religiosos, y los sujetos con esta problemática son considerados como innecesarios para la comunidad porque es la consecuencia del enojo de los dioses o se encuentran poseídos por espíritus malignos y como tal, la sociedad decide prescindir de ellos .

Se ha utilizado en ese contexto histórico la aplicación de políticas eugenésicas, separando y delimitando los espacios para los anormales y las clases pobres, desde un lugar de persecución, superstición, exclusión.

Durante los siglos XVII y XVIII, a la persona que presentaba una deficiencia o discapacidad se la definía como trastornada y se la internaba en manicomios y orfanatos, sin ningún tipo atención. Desde la persecución y eliminación a la segregación y deposito en orfanatos e instituciones pasando a ser objetos de caridad y redención.

En la Edad Media (época cristiana) surgen los hospitales donde alojan y cuidan a personas, pero determinan que sus “anormalidad” es consecuencia de estar poseídas por demonios y se los somete a exorcismos.

Gabriel Solarz refiere

En ese momento el paradigma era la exclusión, que era esconder al loco en caso de la locura, y en caso de la discapacidad física era el apartarlo del resto de la sociedad; entonces especialmente la persona con una discapacidad física de mayor compromiso motor y mental era ocultada en instituciones o en las casas.
(Comunicación personal, 1 de noviembre del 2016)

En el siglo XVIII Y XIX se institucionalizan a las personas con una discapacidad psíquica, estos lugares de aislamiento y separación pasan a ser en parte subsidiados por el Estado y por la iglesia.

En el siglo XIX las corrientes neopositivistas amplían las perspectivas racionalistas y el sujeto de asistencia se transforma en sujeto de estudio psico-médico-pedagógico, que lleva a cierta progresión en la comprensión del retraso mental y de otras discapacidades, y al desarrollo de terapias clínicas especializadas. Este pensamiento neopositivista recorrerá las diferentes épocas y contextos socio económicos políticos hasta llegar a vislumbrarse en la actualidad, donde en algunos modelos de pensamiento continua persistiendo.

En esta misma época empieza a reconocérsele a la persona con discapacidad el derecho a ser sujetos de protección, deviniendo en un desarrollo en relación a sus derechos, y comienza a verse una modificación en la concepción del sujeto trazando los primeros pasos hacia un modelo rehabilitativo.

Luego de la primera y segunda guerra mundial en Europa debido a que las personas quedaban con secuelas físicas y mentales, surge fuertemente el paradigma de Rehabilitación, que si bien comenzó a gestarse en el neopositivismo emerge fuertemente en este periodo bélico.

Cuando finaliza la segunda Guerra Mundial se establece una etapa de desarrollo formal de la rehabilitación desde las ciencias médicas y las áreas de investigación relacionadas a los aspectos de curación y recuperación de las personas con limitaciones. (Sosa, 2009)

Durante este período debido a los avances científicos comienza a vislumbrarse y presentarse un aumento significativo de sujetos con discapacidad motora y neuromotora, cabe destacar en las épocas anteriores la sobrevivencia de niños con ECNE era mínima, considerándola más como una monstruosidad o maleficio donde se los segregaba y ocultaba.

Gabriel Solarz dice

En el caso de los niños con ECNE, hace 200 300 años atrás no había la cantidad que hay ahora, porque una de las razones por las que hoy tenemos estos niños con parálisis cerebral es que los avances de la tecnología han permitido que las causas de la parálisis cerebral, que antes llevaban a la muerte a un sujeto de forma rápida, ya sea por un accidente, porque no había terapias intensivas, porque no había terapias neonatales, porque no habían antibióticos, etc. Estos daños que generaba una parálisis cerebral llevaban a la muerte, entonces las parálisis cerebrales eran muchos más raras de lo que son hoy. (...)La encefalopatía crónica no evolutiva se empieza a ver con los avances de la tecnología, las válvulas de derivación ventrículo peritoneal, el avance de las cirugías de cráneo de alta complejidad, las medicaciones y los anticonvulsivos. Todo eso permite que hoy estos niños sobrevivan a situaciones que antes no hubieran sobrevivido, entonces ahora es mucho más común. (Comunicación personal, 1 de noviembre de 2016)

En los años 60 se produce una disminución de casos de niños con ECNE por el surgimiento y mejora en los cuidados perinatales; a partir de los años 70 se registró un aumento por disminución de la mortalidad con mayor supervivencia de los prematuros extremos (de peso < 1.500 g). Si bien su prevalencia en los países desarrollados se mantuvo estable, la esperanza de vida ha aumentado incluso en niños con problemas funcionales severos: los avances en Neonatología, abordaje temprano, seguimiento terapéutico especializado en primera infancia, la utilización de antibióticos pautados y fisioterapia respiratoria ha posibilitado que niños con ECNE grave vulnerables a las infecciones respiratorias alcancen la edad adulta. También el incremento de utilización de sonda naso-gástrica o gastrostomía han contribuido a evitar la malnutrición en niños con disfagia u otros problemas digestivos. (Hurtado.I, 2007)

Se inicia un periodo donde se invierte en el desarrollo de técnicas y medios de tratamiento para la rehabilitación y recuperación funcional, implementando terapias rehabilitativas sistematizadas y continuas.

Estas acciones remediales buscan la adaptación del individuo a su ambiente produciéndose un avance de la medicina y la tecnología para hacer más eficientes los métodos de rehabilitación.

Es en ese contexto histórico donde se desarrolla el modelo rehabilitador que considera que las personas con discapacidad ya no son definidas como innecesarias, siempre y cuando sean rehabilitadas. La finalidad de este modelo es normalizar a las personas con discapacidad y esto puede implicar también ocultar o desaparecer la diferencia que la misma discapacidad representa.

En el modelo rehabilitador la discapacidad es medida solo con parámetros médicos poniendo énfasis sobre el diagnóstico clínico, y minimizando otros aspectos, generando de esta manera una visión parcial de la discapacidad. El problema radica en que la mirada médica determina no solo la forma de tratamiento sino también la forma de vida de esa persona con discapacidad.

Esta mirada rehabilitativa deja de lado aspectos tan esenciales para el desarrollo de la niñez como el ocio, el juego, el aprendizaje, la vida en familia, etc. Esta falta de previsión de la condición de niñez se encuentra en la institucionalización de menores con discapacidad, que al formularla como la respuesta social a su integración social, les dificulta vivir su niñez limitando o interfiriendo experiencias relacionales esenciales y primordiales, como el juego con otras niñas o niños, o la protección y el cariño de su familia (Palacios, 2008)

A partir de los ochenta debido a cambios en los contextos históricos socio políticos económicos y científicos empieza cuestionarse y a reformularse los modelos atencionales iniciándose paulatinamente un cambio del modelo rehabilitador al de autonomía y autodeterminación generándose investigaciones en salud en general,

aparecen nuevos paradigmas en salud mental y en la infancia, desarrollos teóricos, conceptuales y sociales.

El tercer modelo social que refiere Agustina Palacios y que podemos relacionar a los nuevos paradigmas de los años ochenta, este modelo considera que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad como el resto de las personas (sin discapacidad) considerándolas desde la valoración y el respeto de la diferencia.

El modelo social postula que la discapacidad es el resultado de las barreras sociales y las relaciones de poder, más allá del determinante biológico. Este modelo enfatiza la posible autonomía de la persona con discapacidad, y se centra en la eliminación de cualquier tipo de barreras, es una posición ideológica que cuestiona las políticas de salud y socioeducativas.

Siguiendo el desarrollo histórico y acercándonos a perspectivas más actuales de atención en discapacidad, podemos tomar aportes de González Castañon que destaca y desarrolla dos paradigmas en relación a la concepción de la discapacidad y del desarrollo de los modelos atencionales de esta población: el paradigma del déficit y el paradigma de la diferencia (Castañon, Retraso Mental, nuevos paradigmas, nuevas definiciones, 2001).

Castañon refiere que en el paradigma del déficit, la mirada está puesta en lo que falta, y a partir de ahí se generan modelos atencionales rehabilitativos donde las intervenciones que se desprenden son tendientes a completar esa falta.

Castañon postula que el paradigma de la diferencia permite brindar los apoyos que necesitan las personas con discapacidad, y por consiguiente una progresión en su autonomía. Este paradigma procura no intervenir para compensar la falta, sino que brinda posibilidades de ayuda y facilitación desde el entorno para el despliegue de las potencialidades de las personas. (Castañon, Retraso Mental, nuevos paradigmas, nuevas definiciones, 2001)

Como vemos este paradigma comienza a tomar como premisa la incorporación de la singularidad de los sujetos y de brindar apoyos para acompañar el desarrollo de las potencialidades de los sujetos.

Habíamos ya anticipado en este mismo capítulo, el surgimiento de nuevos paradigmas, donde se incorporan nociones tales como subjetividad, necesidades singulares, inclusión, autodeterminación, autonomía como un proceso fundamental en el desarrollo humano. Valorando la importancia del contexto social, familiar y comunitario. El objetivo de estos nuevos desarrollos es favorecer una mayor autonomía del sujeto valorando sus propias experiencias subjetivas, en lo social, educativo y en el abordaje terapéutico.

Otros de los paradigmas actuales que podemos mencionar es el de autodeterminación que está basado en el contexto socio cultural, dando lugar a la familia y a la comunidad. Tiene como propósito la implementación de acciones integrales para favorecer la autonomía en las personas con discapacidad, como prestaciones de salud, educación y ayudas de todo tipo.

Es importante señalar para el desarrollo de nuestra investigación que estos nuevos paradigmas no suponen el abandono de los modelos anteriores, sino que los que los preceden continúan coexistiendo en la actualidad, trazando diferenciaciones contextuales conceptuales y de la praxis clínica.

3.3 Perspectivas contextuales actuales de los paradigmas de abordaje en niños con ECNE:

En esta parte del capítulo nos proponemos reflexionar acerca de los diferentes paradigmas que comulgan con las diversas construcciones de saber y subyacen en los abordajes terapéuticos y en la clínica de niños con ECNE.

La Musicoterapeuta Andrea Barreto en su ponencia “Invitaciones: Postepistemología en Musicoterapia” (2010) nos invita a pensar sobre los contextos epocales donde emergen los paradigmas:

Los paradigmas y modelos atencionales se crean dentro de un contexto histórico cuyas características políticas, sociales, económicas son propias de la época de donde nacen, y fundamentalmente acordes al pensamiento hegemónico ideológico que los sustenta y valida. Podemos describir que todos estos elementos son condiciones de producción de determinados saberes, sujetos, disciplinas, abordajes, etc. Y que la legitimidad y valoración como verdaderos (seguros, confiables, certeros, etc.) la determina la hegemonía ideológica del momento histórico en que surgen.

Podemos distinguir entre estos paradigmas como se fueron consolidando y enfatizando cada uno de ellos de acuerdo a los diferentes ámbitos de atención. Desde la esfera rehabilitativa cuyo objetivo estaba centrado en la recuperación de aspectos o áreas orgánicas afectadas y por otro lado la esfera perteneciente a la salud mental, generando de esta manera una escisión del sujeto en relación al tipo de discapacidad, los ámbitos terapéuticos y los abordajes, dividiendo por un lado los asuntos que tienen que ver con el cuerpo y los pertenecientes a la psiquis. Valorizando según los paradigmas de abordajes los aspectos orgánicos por sobre la salud mental y viceversa.

Nos interrogamos acerca de la convivencia de paradigmas y como se representan en el escenario clínico terapéutico, tanto en los terapeutas, en los abordajes y en la concepción del sujeto, una posible exclusión de los aspectos subjetivantes y/o los condicionantes clínicos del compromiso de base de la población de nuestra investigación.

Una división de la persona de los aspectos psíquicos y orgánicos que se traduce en un reduccionismo.

Un posicionamiento multidisciplinario, sujetos depositarios pasivos de prácticas y abordajes terapéuticos restando pocas posibilidades para pensar las singularidades y necesidades de forma integral y dinámica.

A partir de la revisión y reflexión acerca de los diferentes paradigmas y modelos atencionales en discapacidad presentados, y en relación a los ámbitos atencionales y abordajes terapéuticos nos preguntamos desde que lugares son escuchados los niños con ECNE. Si bien comenzamos a valorar con los nuevos paradigmas la importancia de incorporar la noción de sujeto, la subjetividad, la autonomía y autodeterminación, conceptos tales como autonomía y dependencia requieren una reformulación dentro de las perspectivas actuales y en la especificidad de los abordajes en esta población.

En el capítulo anterior fuimos describiendo las características y necesidades que presentan los niños en relación a su compromiso de base y las alteraciones asociadas. La población infantil de nuestra investigación ,por su grado de compromiso orgánico grave necesita tratamientos en ámbitos de rehabilitación, donde pasan largas horas de su vida , requiriendo del apoyo continuo de otros para sus necesidades básicas, de abordajes terapéuticos frecuentemente sistematizados, con equipamiento, movilizaciones asistidas, facilitación de determinadas posturas, asistencia kinésica respiratoria, medicación, intervenciones quirúrgicas, con reiteradas internaciones hospitalarias y domiciliarias.

Los conceptos de dependencia y autonomía que remiten los diferentes paradigmas nos invitan a revisar desde una mirada más ligada a la complejidad las necesidades y condicionantes que presenta cada niño, e interrogarnos sobre que apoyos, lugares, aconteceres podemos trazar con ellos una posibilidad que aloje su condición de niño y de infancia. Donde ante la dependencia casi total a nivel orgánico y los posibles condicionantes por su compromiso de base que se juegan en sus aspectos expresivos, comunicativos y subjetivos puedan ser escuchados los potenciales esbozos de su singularidad. Donde los espacios que se le brinden no sean solamente en función

de favorecer y promover acciones en relación al déficit, a rehabilitar la funcionalidad, estabilizar su tono y postura, etc., sino integralmente brindar alternativas a su padecimiento para potenciar los aspectos sanos más allá de su compromiso de base.

3.4 Evolución del abordaje musicoterapéutico de niños con ECNE a lo largo de la historia y sus implicancias en la construcción de una escucha musicoterapéutica:

Principalmente, porque si hay una verdad que da sentido a su trabajo, es la del padecimiento del otro. Ella nos impone el rigor de preguntarnos en cada interacción cuales son las circunstancias que nos sorprenden como actores de la exclusión, es decir: observar en las formas de nuestro propio discurso sonoro corporal y verbal, los posibles rastros del prejuicio, las máscaras veladas de la prepotencia. (Claudia Banfi. Musicoterapia. Acciones de un pensar estético. p. 35)

Luego de recorrer los diferentes contextos históricos de abordaje en discapacidad y distinguir diversas concepciones y construcciones en relación a los modos atencionales, nos aproximaremos a la evolución de la musicoterapia como disciplina desde los paradigmas epocales en discapacidad. Un recorrido histórico que se construye desde el desarrollo de la disciplina y las diferentes concepciones de los problemas de la infancia y sus abordajes.

Nos inmiscuiremos en cómo han sido abordados, escuchados y mirados los niños con discapacidad y la comprensión de su padecimiento en el abordaje musicoterapéutico.

En este recorrido de la evolución de la Musicoterapia en la clínica de niños con ECNE indagaremos sobre la función del Musicoterapeuta, la valorización de la escucha, las estrategias terapéuticas, las intervenciones en la clínica musicoterapéutica y la relación con los diferentes paradigmas históricos y actuales

Haremos un breve recorrido del desarrollo de la Musicoterapia donde tomaremos aportes del libro *Musicoterapia en la Infancia .Tomo I* de Gustavo Gauna. Alejandra Giacobone y Luciana Licastro (2015).

La Musicoterapia desde sus comienzos se dividió y se diferenció conceptualmente entre la Musicoterapia que se aplicaba a niños con trastornos motores y trastornos de la mente generando una separación de ámbitos en el abordaje musicoterapéutico.

Durante el periodo de mayor auge del modelo rehabilitativo, se produce una diferenciación entre los musicoterapeutas que trabajaban en el ámbito de la salud mental y los que se insertaban en espacios de rehabilitación. A consecuencia de esta distinción se establecen diversas conceptualizaciones en el origen de la musicoterapia con niños.

La musicoterapia dentro del ámbito de patologías graves de la personalidad inicia su recorrido clínico, apartándose de la musicoterapia que trabaja en rehabilitación.

El abordaje de los niños con problemas en su desarrollo fue implementado inicialmente en las problemáticas neurológicas y madurativas, siendo abordajes organicistas y funcionales.

Las disciplinas pertenecientes al área de salud mental no pudieron incluirse fácilmente, demorando en incorporarse en el ámbito de la rehabilitación. La condición excluyente era propiciar el desarrollo y la compensación de las funciones afectadas o deficitarias por medio de una multiplicidad de terapias que abordaban al niño por áreas o aspectos. Una suerte de parcelamiento terapéutico.

El paradigma médico hegemónico rehabilitador del que hemos hablado en la primer parte de este capítulo era condicionante para todas las disciplinas no médicas otorgándoles categoría de colaboradores de los médicos, denominándolos paramédicos:

musicoterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, etc.

Se trataba de abordajes multidisciplinarios que promovían un trabajo enfocados en ofrecer todas las terapias especializadas para la atención de cada área disfuncional del niño con ECNE. Esta premisa iba generando una desintegración del sujeto por áreas del desarrollo y maduración.

Los musicoterapeutas para trabajar en esta área requerían formarse y adquirir conocimientos del desarrollo neurobiológico y funcional, desde donde poder comprender lo patológico en pos de recuperar o rehabilitar las áreas afectadas de la persona. Así es como al insertarse la musicoterapia en el área rehabilitativa adopta como parte del modelo de recuperación, objetivos rehabilitativos tales como estimular la funcionalidad de miembros superiores a partir de propiciar capacidades instrumentales de los pacientes con discapacidad, promover estrategias conductuales para llevar a cabo la función motora, ejercitar e incentivar la motricidad fina/gruesa, el control de movimiento y el desarrollo funcional del lenguaje. etc.

En varios de los artículos y tesis precedentes expuestos observamos una mirada rehabilitativa con poca o nula mención de la concepción de un sujeto como singular y de sus posibilidades y potencialidades expresivas relacionales vinculares. Una Musicoterapia que se define como rehabilitativa, que se posiciona en función de compensar el déficit, implementando técnicas, recursos y estimulaciones sonoras musicales. Cuyo énfasis es promover la recuperación del individuo valorizando la funcionalidad. Una musicoterapia definida como un conjunto de técnica y construida desde un modelo. (Citados desde la pág. 22 a la pág. 25)

La especificidad musicoterapéutica en este escenario se define por desarrollar investigación teórica y praxis clínica de objetivos rehabilitativos que se comparten con

otras disciplinas, caracterizada en atender aspectos ligados a la problemática y a estimular y proponer ejercicios para mejorar en mayor medida los aspectos funcionales, con una apreciación y valoración sobre la producción o el hacer funcional de los sujetos.

Carlos Arce Virgen, Amelia Castellanos Valencia y Esly Flores-Arias (2015) explican:

La musicoterapia contribuye en cinco factores principales:

- *Modulación atencional: la música atrae la atención de manera más dinámica que otros estímulos sensoriales.*
- *Modulación emocional: provoca y modula respuestas emotivas.*
- *Modulación cognitiva: en el análisis de la música se requiere memoria, codificación, almacenamiento y recuperación.*
- *Modulación conductual: la música evoca patrones de movimiento de manera que facilita la rehabilitación.*
- *Modulación comunicativa: se emplea para entrenar habilidades de comunicación*
(...) La aplicación de la musicoterapia tiene múltiples vertientes utilizadas para la rehabilitación y estimulación en diversos cuadros clínicos, causando la activación de procesos cognitivos, afectivos y sensorio motores (P. 35)

Si bien se hace mención en el desarrollo de aspectos comunicativos, el diseño del tratamiento es rehabilitativo tendiente a favorecer la recuperación o compensación de las áreas afectadas.

La Musicoterapia en Neurorehabilitación (NMT), material citado en el primer capítulo de la tesis, utiliza técnicas para generar y modelar respuestas, con el objetivo de que el paciente con PC busque estrategias conductuales para llevar a cabo la función motora, compensando así las deficiencias de los movimientos anormales. Además facilita la plasticidad neuronal, la recuperación y compensación de la función en las áreas afectadas.

Marrades Caballero (2015) refiere que

Los aspectos cognitivos pueden ser optimizados mediante las diferentes funciones inherentes a la Música, como por ejemplo, la provocación de placer, al reforzar

las conexiones sinápticas mediante la liberación de serotonina, hecho que contribuye a la consolidación de la memoria Y también, mejorando la capacidad atencional sostenida, selectiva o dividida, mediante la gran variedad y capacidad de adaptación y motivación que conllevan las tareas musicales que se utilizan en la terapia (p.28)

Algunas técnicas desarrolladas de la musicoterapia neurorehabilitativa que podemos mencionar a partir de la recopilación bibliográfica son:

La estimulación rítmica auditiva (RAS), la modelación sensorial del movimiento (PSE) y la interpretación de instrumentos musicales con fines terapéuticos. (TIMP).

La Estimulación Rítmica Auditiva (RAS) se utiliza para la rehabilitación de la marcha y de la función motora fina y gruesa. La Música actúa como referencia de anticipación y continuidad de los movimientos. La Modelación Sensorial del Movimiento (PSE) se implementa para la rehabilitación de la marcha, la organización motora, la amplitud del movimiento y la flexibilidad. La Música se utiliza para mejorar el funcionamiento físico, el psicosocial, la memoria, la disminución de la percepción subjetiva, la relajación, y la disminución de ácido láctico durante el entrenamiento físico. La Interpretación de instrumentos musicales con fines terapéuticos (TIMP) ayuda en la función motora fina, funciones sensoriales y motrices y función motora gruesa. (Caballero.Eugenio, 2015)

Camila Pfeiffer y Leticia Alberti (2015) describen:

Las técnicas se aplican en tres áreas centrales: la rehabilitación de la marcha, de miembros superiores y del aspecto motor del habla (...) La técnica aplicada que describiré a seguir se denomina RAS (Rhythmic Auditory Stimulation).

Se trata de una técnica que utiliza los efectos fisiológicos de la audición del ritmo sobre el sistema motor para promover el control del movimiento. Esta técnica se aplica sobre todo en la rehabilitación de la marcha con el fin de recuperar patrones funcionales, estables y adaptativos en el entrenamiento de la misma. (...)

La técnica TIMP: El uso de instrumentos musicales incluye complejos procesos

kinesiológicos, optimizando funciones de motricidad gruesa, como también de motricidad fina, y ofrece también la posibilidad de utilizar patrones de movimiento repetitivos. Esta actividad también requiere de atención, memoria de trabajo y funciones ejecutivas, con lo cual se trata de una actividad de alta complejidad de integración sensorial.

(...)Otro síntoma muy frecuente luego de una lesión cerebral son los déficits del sistema motor del habla: la disartria) Los objetivos Musicoterapéuticos son: Reducir el tono muscular excesivo. Aumentar el tono muscular disminuido. Aumentar la capacidad respiratoria. Mejorar la coordinación fono respiratoria. Aumentar la duración de la fonación. Aumentar la exactitud articularia. Incrementar la inteligibilidad del habla. Aumentar la intensidad vocal o el control sobre la voz. Aumentar el rango vocal. Afectar positivamente el humor y la motivación (p. 1 a 8)

Siguiendo la misma línea de abordaje en musicoterapia Analía Luis se va a referir:

Dentro de la neuromusicoterapia hay técnicas precisas para cada área, y se hace una implementación de acuerdo a lo que cada paciente requiere y a la actividad que se necesita para abordar ese objetivo terapéutico planteado (Comunicación personal, 6 de Marzo de 2017)

Desde el abordaje rehabilitativo de la musicoterapia las estrategias terapéuticas, los recursos y las intervenciones están construidas en función de implementación de técnicas organizadas en actividades sonoromusicales programadas para determinados objetivos terapéuticos.

En relación a la escucha musicoterapéutica los musicoterapeutas que trabajan desde este paradigma la conceptualizan acorde a la mirada rehabilitativa, una escucha que tiende a los alcances de los objetivos recuperativos y compensatorios desde un hacer funcional:

La Lic. Analía Luis expresa

Desde la metodología del trabajo de la neuromusicoterapia la escucha de nuestra disciplina, representa el ir al encuentro de la persona, conocerlo y descubrirlo a través de la música, escuchar, observar, trazar y construir un camino junto a él, a partir de quien es, donde se encuentran sus virtudes y desafíos, proponiendo un hacer, una producción orientada a resolver sus necesidades, evolucionar en su

rendimiento, avanzando en sus objetivos terapéuticos. El musicoterapeuta aún integra todos estos factores y los integra en un hacer funcional, con sentido y significancia para el paciente (Comunicación personal, 6 de Marzo de 2017)

Leticia Alberti expresa

La escucha musicoterapéutica es valiosa porque dice mucho acerca de la forma de expresión de una persona, de sus habilidades cognitivas, de sus posibilidades de flexibilidad y exploración, de escuchar al otro y responder o no en consecuencia, etc. Yo creo que la población con ECNE no tiene demasiada variación productiva en cuanto a que no escuchamos demasiados cambios ni habilidades expresadas, sin embargo, entiendo que hay gente que valora la escucha y las toma como método de trabajo. Sin embargo, no es mi caso. Yo no priorizo la escucha como una estrategia de intervención (Comunicación Personal, 6 de diciembre de 2016)

La función del musicoterapeuta desde este paradigma se aproxima a contribuir al plan terapéutico pensado por el equipo terapéutico rehabilitativo, su escucha tiende a los alcances de las incumbencias disciplinares rehabilitativas desde un hacer funcional. En la actualidad esta perspectiva rehabilitativa continúa como una forma de abordaje y conceptualización de la clínica musicoterapéutica y de los niños con ECNE.

Pero tomando palabras de Alejandra Giacobone (Gustavo Gauna, 2015) debido a investigaciones de los últimos treinta años se comenzó a pensar e interrogarse sobre la infancia ofreciendo nuevas posibilidades de reflexionar y conceptualizar, comenzando a gestarse un cambio de paradigma. Con la incorporación del paradigma de autonomía surgen nuevas maneras de pensar ligadas a la singularidad y subjetividad desde un posicionamiento interdisciplinario. Una renovación de conceptos y abordajes terapéuticos, donde comienza a desarrollarse una musicoterapia cuyo posicionamiento se diferencia del paradigma médico rehabilitativo constituyéndose paulatinamente más autónoma.

Alejandra Giacobone (2015) expresa

Pensarse como profesional de la salud mental más allá del ámbito en el que uno se desempeñara, no era algo muy fácil de instalar, ni el ámbito de la rehabilitación, ni el de la musicoterapia.(...) Pero en un momento este reduccionismo comienza a hacer pregunta. El desarrollo teórico conceptual de los musicoterapeutas, el progresivo desligamiento del discurso médico de su origen, los cuestionamientos acerca del sujeto que abordamos, lo que la clínica nos iba revelando, fueron generando una transformación de la actividad terapéutica a la tarea clínica. La transición del paradigma rehabilitador como único posicionamiento clínico, a la convivencia con el paradigma de autodeterminación o autonomía. Esto no se da de un día para otro, y como dijimos anteriormente se encuentran presentes paradigmas de abordaje desde donde emergen conceptualizaciones con gran determinismo de discursos de disciplinas rehabilitativas, y desde donde continúa pensándose en algunos ámbitos musicoterapéuticos de manera antagónica, distinguiéndose los aspectos orgánicos por un lado y por otro lado los asuntos concernientes a la psiquis, a la subjetividad y a las modalidades vinculares en el escenario musicoterapéutico.(p.91)

Gabriel Solarz expresa que

Cuando aparece la carrera de Musicoterapia, primero es que no aparece en cualquier lugar, surge en la Universidad del Salvador, en la facultad de medicina, y aparece como una disciplina paramédica y además dirigida por un médico que es Rolando Benenzon. Surge fuertemente ligada a lo médico y a los aspectos de la rehabilitación. Después surgen los famosos modelos con el tiempo, como el caso del modelo Nordoff Robins, el modelo Thaut, que es un modelo de neurorehabilitación o el modelo de neurociencia. En muchos casos se trabajó desde el modelo rehabilitador, en algún momento empieza a aparecer la noción del sujeto como productor, en los ochenta. Acá en la Argentina, el cambio de dirección de la carrera, sino me equivoco fue Elcira Belloc, la primera directora en esta rama, donde salen muchos de los musicoterapeutas actuales y que tiene que ver con un paradigma más ligado a la filosofía francesa, a la idea de la constitución subjetiva que propone el psicoanálisis en sus inicios, y a las corrientes pos psicoanalistas, tanto las que discutían como las que no discutían con el psicoanálisis pero que lo hacían en relación al sujeto a la capacidad de producción en relación a la subjetividad, al sujeto como productor de discurso; y cuya estar en el mundo se relaciona en su capacidad de producir, crear y expresarse. Cuando empieza a aparecer el movimiento en relación a la

subjetividad, los nuevos movimientos de la salud mental, la musicoterapia por lo menos en Argentina comienza a tener un viraje en ese lugar y empieza a tomar la noción de discurso sonoro y de expresión. (Comunicación personal, 1 de Noviembre de 2016)

Comienza delinear una Musicoterapia no determinada por el ámbito rehabilitador, ni por el diagnóstico, ni la patología, donde se amplían los contextos de escucha tendiendo a la complejidad de la misma y se brinda un escenario terapéutico de recreación de los modos expresivos relacionales para alojar las producciones sonoras gestuales corporales.

Alejandra Giacobone afirma

Los recorridos teóricos posteriores a los más tradicionales lineamientos de la psicología evolutiva y el psicoanálisis infantil, sumados a la investigación en el campo neurobiológico, han generado conceptualizaciones acerca de la constitución subjetiva humana que reformulan inevitablemente los más antiguos modelos. Estas nuevas integraciones teóricas que ponen a dialogar al psicoanálisis con la psicología del desarrollo, (...) hacen eco en las conceptualizaciones de la escucha musicoterapéutica. (p.105)

En esta evolución de los abordajes de musicoterapia, algunos musicoterapeutas a partir de desarrollos teóricos que van emergiendo de la práctica clínica, comienzan a delinear una especificidad musicoterapéutica hacia una perspectiva que se separa de la hegemonía médica.

En el año 83 la musicoterapeuta argentina Elcira Belloc junto a un equipo de investigadores produce una reformulación de la especificidad musicoterapéutica, generando una nueva concepción de la misma. Este cambio trajo nuevos desarrollos clínicos teóricos del hecho sonoro, y del discurso sonoro: la Escucha Trabajada. *La*

expresión de Escucha Trabajada en la clínica musicoterapéutica es una noción desarrollada por Elcira Belloc⁷ en sus espacios de formación. (Gustavo Gauna, 2015) .

A continuación transcribimos una selección de extractos de una conferencia de Belloc realizada en el Hospital General de niños Ricardo Gutiérrez en el año 2009 donde plantea a la escucha como establecedora de una relación con el llamado al otro.

En su ponencia la musicoterapeuta presenta una grabación de una viñeta clínica musicoterapéutica de un paciente con parálisis cerebral cuadripléjico con un gran compromiso motor y respiratorio. Luego expone el análisis de la grabación distinguiendo diferentes elementos como motivos conductores, y los define como elementos reconocibles y que nos guían en la escucha.

Elcira Belloc (2009) expresa

La escucha establece una relación con el llamado al otro, escuchar es inseparable de hacerse escuchar, es en la escucha donde se abre la posibilidad de los intercambios sonoros, es en la escucha trabajada en donde algo hace marca. Estas marcas o rasgos son escrituras en la escucha, estas escrituras son enigmáticas y como tales sostienen la construcción de un horizonte que nunca es alcanzable pero es lo que permite el despliegue de este juego vincular en el proceso terapéutico. Estas marcas son las que van construyendo este discurso pleno de intercambio subjetivo estos intercambios establecen fuerte relación con la cualidad sonora, están íntimamente ligados. Las cualidades sonoras son a la escucha pantallas en la que se inscriben los gestos, las esperas, las alternancias, los ritmos, es decir la creación de modos de existencia.(p.1)

(...) El sujeto solo adviene como tal en la trama relacional, adviene y deviene en el intercambio. Este intercambio nos habla de una potencialidad propia del ser humano y que está más allá o más acá de las circunstancias particulares. Hay aquí una historia sonora de este joven, que les habla de esa capacidad de afectar y ser

⁷ Musicoterapeuta que ejerce la clínica Musicoterapéutica desde 1974, dedicándose además a la supervisión y formación de varias generaciones de musicoterapeutas. Ingresó al centro universitario de investigaciones, dirigido por Pierre Schaeffer, se integra al grupo de investigación sobre la materia sonora 1963 – 1964 vinculada al Doctor Bernardo de Quiroz quien crea en el país la primera carrera universitaria de Musicoterapia. Fue la primera musicoterapeuta que dirigió una carrera universitaria

afectados, aun en la mayor inmovilidad es posible un movimiento, una afección. Escuchamos las relaciones entre sonidos. Escuchamos como se develan estas relaciones a través de las cualidades de la materia sonora. Escuchamos como el jugar afecta estos intercambios de afectividad modulantes, que se convierten en un decir, en un discurso pleno, y termino en el camino sinuoso de la clínica. Cito nuevamente a Deleuze que dice “hacer visible lo imperceptible. (p.5)

Alejandra Giacobone refiere

La función del musicoterapeuta es escuchar, la intervención del musicoterapeuta es la escucha porque en el modo de escuchar es que se activan las producciones más exteriorizadas del musicoterapeuta controladas y moduladas, con esto quiero decir que la función del musicoterapeuta va a estar determinada por su capacidad de escucha clínica, el trabajo con su propio ser como instrumento de escucha para no poner solamente lo propio a producir, sino que la producción del musicoterapeuta está en función de una intervención favorecedora del despliegue de las calidades y cualidades del paciente o del niño. (Comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

Una musicoterapia que sin omitir los condicionantes del compromiso clínico de los niños con ECNE y con profundo conocimiento y formación de su compromiso de base, se diferencia de la implementación de modelos y técnicas, valorizando la escucha de las modalidades expresivas relacionales y vinculares de los sujetos de atención

3.5 Consideraciones finales del capítulo

La musicoterapeuta Andrea Barreto en su ponencia *Invitaciones(2010)* desarrolla sobre la evolución de los modelos y expresa que poder desandar los dogmatismos implica estudiar los modelos no para aplicarlos sino para comprender el contexto desde donde emergen. La revisión histórica de esta investigación intenta acercarse a la comprensión de las diferentes épocas hasta la actualidad, desde donde se desprenden los paradigmas de abordajes en niños con ECNE, y de las posibles construcciones de la escucha musicoterapéutica en función de estos procesos.

Claudia Banfi refiere

(...) visualizar procesos, movimientos y potencialidades reconocidos a salvo de las rotulaciones diagnósticas vigentes (...) intentamos despatologizar al paciente, desarticular en nuestro diálogo interdisciplinario el estigma que recae sobre este otro identificado socialmente como el insano. En musicoterapia atendemos al padecimiento de un sujeto a cuya singularidad intentamos aproximarnos por fuera de los preceptos o leyes de lo general, dado que postulamos una práctica que apunta al descubrimiento de la excepción (...) (Banfi, 2015, pág. 37)

Deconstruir el sostén ideológico que sustenta determinados saberes. Una mirada que invita al diálogo y la convivencia de paradigmas y de abordajes de las diferentes disciplinas desde el encuentro interdisciplinario y posicionados a partir de la especificidad de cada disciplina podamos trabajar en diferentes ámbitos atencionales rehabilitativos, educativos terapéuticos, preventivos, etc. Posicionarse atendiendo a la complejidad en el desarrollo de la singularidad del niño en relación al surgimiento y despliegue expresivo comunicativo y vincular de los aspectos subjetivantes tanto como de los aspectos de su compromiso de base. Un abordaje del niño y de su padecimiento en relación a su singularidad, a sus necesidades y a sus potenciales posibilidades.

Alejandra Giacobone (2008) refiere

La clínica musicoterapéutica en la infancia se origina entonces en el ámbito rehabilitador del cual se discrimina internamente según el posicionamiento de una escucha del padecimiento singular o una simple aplicación de recursos para paliar el déficit. El Musicoterapeuta puede hoy por hoy posicionarse como un rehabilitador más en el contexto de la atención en infancia o establecerse desde un posicionamiento clínico que aloja al sujeto en un lugar de escucha de su singularidad, con responsable conocimiento de las implicancias de la patología orgánica existente y criteriosa apreciación del diagnóstico médico en el marco de los avatares de la configuración vincular y subjetiva humana. (Material de Musicoterapia en Perturbaciones Neurológicas y Motoras FICHA I – DISCAPACIDAD)

CAPITULO 4

LA ESCUCHA MUSICOTERAPÉUTICA

ELOGIO DE LO PEQUEÑO.

Lo pequeño, lo mínimo, lo que parece irrelevante no se deja atrapar por la furia o por el tormento: algo es mirado y conmueve, y pide un poco más de tiempo y de silencio.

Lo pequeño, lo inexpresable, es saber no haber sabido nunca lo suficiente, aquello que se detiene en el amor y es inútil su suma su división o resta.

Lo pequeño devuelve la vida a su sitio más tierno y más secreto: una boca respira, la espalda no tiene reino, y el resto del cuerpo tiembla.

Carlos Skliar

4.1 Sobre el musicoterapeuta y la musicoterapia:

Ser musicoterapeutas significa escuchar el padecimiento y la posibilidad de ir tejiendo junto al niño otras formas de estar en el mundo. Dice Banfi (2015, p.61) *“La función del musicoterapeuta en el tratamiento de un niño que padece, es aliviarlo”* Potenciando los aspectos sanos a partir de una escucha sensible de las producciones expresivas, (sonoras musicales, gestuales, corporales) y sus posibilidades y potencialidades discursivas que se construyen en el escenario vincular

En musicoterapia las producciones expresivas compartidas apuestan a generar transformación, apertura, encuentro, reconocimiento subjetivo.

Claudia Banfi (2015) expresa

Uno de los supuestos básicos de la práctica musicoterapéutica refiere a la correspondencia o identidad de lo material formal con lo subjetivo, a la expresión como categoría inseparable del concepto de sujeto (sujeto estético), y también a la capacidad subjetivante o alienante de las formas en tanto manifestaciones discursivas estéticas (...) (p.43)

Apostamos a una clínica vivencial y vincular, donde los musicoterapeutas estemos disponibles y atentos a lo que expresan los niños para dar lugar a sus manifestaciones y alojar las producciones expresivas que le permitan a los niños explorar el “mundo”, manifestar su interioridad, reconocerse en un gesto, silencio, sonido en el encuentro con otro.

Alejandra Giacobone refiere

La función del musicoterapeuta va estar en dar lugar a la sutileza con la que el niño con compromiso neuromotor severo pueda dar cuenta de sí mismo, pueda poner en el afuera, expresar su singularidad, su sentir, su ser, y para eso hay que tener una escucha que no solamente depende de estar en silencio sino en estar fértil para poder producir algo que enlace, que gatille que dé cuenta de una posible situación dialógica, o sea garantizar un encuentro, ir al encuentro de eso

que el otro puede poner a funcionar, que puede llegar a ser el sonido, la respiración (Comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

Gustavo Gauna va a referirse a la expresión en tanto y cuanto haya otro que la perciba, que la escuche. La expresión implica a un otro en relación, escuchando.

Dice Gustavo Gauna (2015)

La expresión es un acto que subjetiviza a la persona. (...) no estamos hablando de un sujeto sujetado a determinada concepción cercana a cualquier verdad, sino que estamos pensando en una subjetividad, que con cierta levedad se desplaza por la superficie de los acontecimientos. Una subjetividad reconocida por el propio sujeto (pp. 31 - 32)

Una concepción de la musicoterapia que se posiciona atendiendo a la singularidad de los niños dentro de un devenir clínico. Una invitación a lo potencialmente posible, y no a lo esperable.

“Esta musicoterapia responde a una concepción de la subjetividad que es física, materica y sensorial. Escrita en la historia de los cuerpos” (Banfi, 2015, p. 38)

Una musicoterapia que nos invita a pensar en un sujeto cuya subjetividad implica organicidad, sensorialidad, expresión, escucha y vincularidad y va aconteciendo, conmoviéndose en el escenario musicoterapéutico.

Gustavo Gauna (2015) en su libro *Musicoterapia en la Infancia* .Volumen I (p. 41) plantea un posicionamiento de la musicoterapia que es interesante para poder conceptualizar el abordaje musicoterapéutico. Una musicoterapia que independientemente de recuperar ciertas funciones u aspectos, es una terapia en salud mental.

En la clínica musicoterapéutica el camino que vamos estableciendo con los niños para propiciar estos procesos de salud, requiere poder entender y abordar ciertos aspectos y funciones que faciliten este proceso expresivo y posibilitador de experiencias subjetivantes. El compromiso que porta un niño con ECNE será un dato a tener en

cuenta por los condicionantes que se juegan en las modalidades expresivas y relacionales.

Como venimos expresando no es la función de la musicoterapia ser colaboradores rehabilitativos o terapeutas de recuperación de funciones o aspectos comprometidos, pero sí contar con un conocimiento profundo sobre el compromiso de base del niño que acompañe, habilite y facilite la expresión, y no que por carecer de información sobre la situación del niño signifiquemos producciones expresivas cuando son manifestaciones propias del compromiso orgánico, y reconozcamos momentos de procesamiento interno de la vivencia subjetiva como signos de aislamiento. Inversamente tampoco considerar alteraciones vinculares, expresivas, como características propias del diagnóstico o patología.

Gabriel Solarz expresa

Si yo trabajo con un niño con encefalopatía crónica no evolutiva tengo que conocer como procesa su sistema nervioso central, las características de su patología. (...)La condición por los cuales ese niño va a poder constituir formas expresivas, formas sonoras expresivas de carácter comunicativo vincular, y que están condicionadas por su patología también. Si un niño tiene espasticidad severa y no tiene posibilidad de mover miembros superiores como inferiores, ese niño tiene un compromiso neuromotor que inevitablemente tenemos que comprender como funciona para poder diseñar una estrategia , por cual vos facilites , porque el musicoterapeuta es eso , es una persona que tiene un rol facilitador de las posibilidades expresivas del otro , porque nosotros no construimos, no generamos la expresión en el otro, nosotros facilitamos el proceso , habilitamos la posibilidad de producción generando determinadas condiciones para que se suceda y se sostengan en el tiempo. (Comunicación personal, 1 de noviembre de 2016).

Gustavo Gauna (2008) desarrolla el concepto de la potencia que tiene la musicoterapia como espacio generador de procesos de salud, y lo denomina *espacios de los núcleos de salud*, describe a los núcleos de salud como la capacidad de otorgar un sentido a lo propio, un espacio cargado de potencialidades.El autor explica que en la patología, los

núcleos enfermos cercenan las posibilidades expresivas, el proceso musicoterapéutico es un espacio de redescubrimiento y afianzamiento de los núcleos de salud del niño. Se trata, sostiene Gauna, de definir el tratamiento desde el lugar de lo que aún está sano. Estos núcleos de salud pueden estar más inmovilizados o activos pero están presentes inclusive en las patologías más severas, y requieren para su despliegue un accionar expresivo que se construye en la eficacia del vínculo terapéutico del musicoterapeuta y el niño, y en la habilitación de un espacio que facilite la posibilidad de expresión, construir sentido a lo propio, con la convicción de que su expresión (la del niño) va a ser escuchada por el musicoterapeuta.

4.2 La escucha musicoterapéutica:

La evolución de la musicoterapia se enmarca en la especificidad de la escucha como la intervención más apreciada en el abordaje musicoterapéutico aún en los ámbitos donde lo rehabilitativo está fuertemente establecido, pudiendo escuchar las producciones del niño más allá de su compromiso psicofísico y/o su patología neuromotora.

Alejandra Giacobone (2015) refiere

El proceso terapéutico en musicoterapia es tal en la medida que nos encuentra allí adentro, formando parte de un intercambio que nos involucra para escuchar. Es un proceso vinculante, cuyos acontecimientos interrogan a los protagonistas y la interrogación deviene acto terapéutico en tanto construcción de sentido de un discurso cuya materia deviene forma en el escuchar. (p.106)

La escucha musicoterapéutica es una forma de escuchar a las producciones expresivas que manifiesta un sujeto en el espacio musicoterapéutico y que dan cuenta de su mundo interno, de su subjetividad .Es escuchar las formas expresivas dentro de un sostén vincular.

Los musicoterapeutas atendemos en nuestra escucha a las expresiones que los niños traen a la sesión de musicoterapia: gestos, sonidos, miradas movimientos, silencios. Estas manifestaciones que se producen dentro de una trama vincular dan cuenta de la posición que se encuentra el sujeto, tanto de sus posibilidades potenciales subjetivas como aquellas que las estrechan o clausuran.

Dice Ximena Perea (2005)

La posición del musicoterapeuta presupone el advenimiento de lo discursivo a partir de las habilitaciones a la apertura expresiva, escuchando en la repetición, en el silencio a quien construye en ese acto, contenido por lo vincular, su propia historia. Lugar contradictorio, si se quiere, porque juega una posición a partir de lo que despliega el sujeto, pero a su vez el terapeuta debe mantener está a – posición para habilitar la apertura expresiva (pág. 48)

El musicoterapeuta habita también este escenario vincular a través de su posición de escucha y sostiene un lugar a habitar por el niño, un lugar que se construye vincularmente, donde el musicoterapeuta responde con intervenciones a partir de lo que *está escuchando y de la historia de lo escuchado (...)se incluye en esa escucha habilitando el despliegue de los discursos(...)se implica, percibe, emociona; y a partir de sus sensaciones, y de criterios terapéuticos, interviene con la finalidad que se pongan en juego lo expresivo del sujeto, para que se deslice hacia aperturas de sus posibilidades discursivas.*” (Perea, 2005)

El proceso musicoterapéutico, como instancia temporoespacial convoca al sujeto a esta *alternancia móvil de lugares*(Perea, 2005), expresarse, escucharse, escuchar la producción del musicoterapeuta, deconstruir y coconstruir vincularmente. Escuchar esta urdimbre sin generar una única forma, abriendo y habilitando sonidos, silencios, gestos, voces, etc.

Entonces la escucha es una urdimbre compartida, una construcción vincular, no es solo del musicoterapeuta ni del sujeto, sino que deviene compartida, un diálogo alternado. (Perea, 2005)

Ofreciendo estratégicamente, desde ese posicionamiento de escucha y reconocimiento de la expresión del niño, alternativas para deconstruir la vivencia del padecimiento a partir de la proliferación de construcciones discursivas libertarias de la subjetividad.

4.3 Perspectivas de las estrategias terapéuticas:

La clínica musicoterapéutica es pensada construida estratégicamente, es decir orientamos nuestro accionar a sabiendas que en el camino podemos reorientarlo hacia la misma dirección u otra.

Pensar la clínica en niños con ECNE desde la impronta de esta complejidad que no niega la información del compromiso neuromotor de base ni los aportes interdisciplinarios, pero amplía su escucha desde lo vincular en el encuentro con la expresión del niño *“y va en búsqueda de aumentar las variables en el entendimiento y reconocimiento sobre la constitución de esta vivencia de padecimiento”* (Gustavo Gauna, 2015,p. 25)

Morín plantea en su libro *Epistemología de la Complejidad* que podemos pensar y actuar en función de programas o estrategias. Los programas son una serie de pasos preestablecidos a desarrollar, un programa remite a una secuencia establecida a priori que debe ejecutarse sin modificaciones. Mientras que una estrategia es la *posibilidad de pensar en la incertidumbre*, dice Morín *“La estrategia es un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el transcurso de la acción”* (Edgar Morín, 1995, p.439).

Las estrategias terapéuticas son las posibles maneras y formas de intervenir. Las estrategias se construyen en el devenir del encuentro musicoterapéutico, transitan la

complejidad clínica, toman en cuenta las producciones del niño, el compromiso de base, el aporte interdisciplinario y el trabajo en red en los ámbitos de atención de un niño.

Gabriel Solarz afirma

Lo primero que tenemos que entender cuando hablamos de estrategia, que la estrategia no es algo dado perse, no es un librito con estrategias, no hay un manual. La estrategia es una construcción. Contrariamente a lo que van a decir muchos que de que no hay método, de que hay que escuchar al paciente no hay que tener método. Sí, hay que ser muy metódico, hay que tener mucho entrenamiento, especialmente con los niños con ECNE donde todo es muy pequeñito, donde rescatar un gesto, un sonido y a veces implica también poner el cuerpo de uno. (Comunicación personal, 1 de noviembre de 2016)

4.4 La escucha como intervención:

Gustavo Gauna define a la *personalidad expresiva* como una característica particular, un modo de expresión y comunicación que el sujeto utiliza consciente o inconscientemente. El musicoterapeuta interviene estratégicamente para que sea el sujeto quien lleva a cabo el reconocimiento de su producción discursiva comunicante, la escucha musicoterapéutica guiará y trazará estrategias de intervenciones para habilitar este encuentro.

4.5 El escenario vincular:

Es una construcción vincular donde se escucha las producciones expresivas y las posibles variaciones, (esperas, sostén, acuerdos, acercamientos, diferenciaciones) en una experiencia compartida. La expresión compartida en vínculo es lo que producirá rasgos subjetivos, diferencias, trazos. El musicoterapeuta facilita las posibilidades de producción permitiendo un corrimiento (diferenciación) donde el discurso pueda mutar y posibilite la construcción de otras percepciones, formalizaciones. Es habilitar la

producción de subjetividad, que permitan al niño diferenciarse y singularizarse. (Movilidad subjetiva).

En este punto nos parece interesante tomar el desarrollo que hace Gustavo Gauna sobre la personalidad expresiva: como un modo de expresión y comunicación que denota las estructuras psíquicas, un conjunto de permanencias en la expresividad del paciente, un modo identificable y diferenciado con el afuera (percepciones y formas que van construyendo modos) La expresión se debe (también) a otros a quien suscitar. En esta formulación expresiva deviene la subjetividad El vínculo que sustenta la relación terapéutica ofrece el espacio (escenario vincular) para que los objetos internos (Gustavo Gauna, 2015) del niño encuentren la posibilidad de expresión, con la convicción de que su expresión va a ser escuchada por el musicoterapeuta

Las intervenciones que se producen dentro de ese espacio tienden a rescatar las diferencias. Lo que favorece el escenario vincular es la posibilidad de que el niño pueda reconocerse en estas diferencias, en la novedad de las variaciones, desplazamientos, para apropiarse de un lugar discursivo diferente, apropiación que se produce desde su producción.

Gabriel Solarz (2012)

En definitiva, la vivencia estética implicará la posibilidad de reconocerse en un discurso donde hay sufrimiento, producir diferencia, y poder realizar un trabajo deconstructivo, tanto de aquél discurso de sujeto que padece, como del discurso diferente, creativo, en una apertura constante a sumar diferencias y a ampliar el campo de la subjetividad (p.44)

Dice Perea (2005) *“Las intervenciones apuntan a trabajar sobre la dificultad del sujeto de escuchar sus diferencias, sus matices, que le permita construir un lugar discursivo diferente” (p.51)*

El musicoterapeuta se posiciona estratégicamente en forma dinámica desde una escucha que aloja la producción del niño y le asigna valor comunicante. La escucha musicoterapéutica habilita un espacio a habitar por el niño, en donde las intervenciones que se realizan van en búsqueda de la apropiación del niño de su discurso.

4.6 VIÑETA:

Fragmento de un registro escrito de una sesión de musicoterapia

Comenzamos con Bruno los primeros encuentros individuales en musicoterapia.

Bruno tiene ECNE, cuadriparesia, espasticidad moderada y ceguera congénita. Presenta en miembros superiores prensión hipotónica. El equipo terapéutico que lo atiende manifiesta que el niño posee un accionar repetitivo y perseverante. Desde el área de kinesiología y terapia ocupacional se recomienda el uso de valvas para inhibir esquemas motores repetitivos y de descarga. En las observaciones del equipo se describe que el niño muestra muy escasa conexión con poco registro de la presencia del otro.

Secuencia:

*“Un comienzo con el **inicio de un sonido impulsado por Bruno**(sin valvas en sus MMSS) con la baqueta sobre el parche, **que se reitera en una** constante rítmica algo acentuada al principio hasta disminuir en intensidad, repite esa forma varias veces hasta que la baqueta se le cae de su mano. Intervengo alcanzándosela, vuelve a producir repetidamente la forma de inicio, **comienzo a producir el mismo patrón rítmico** con una cuerda de charango pulsada a muy baja intensidad. El ciclo se reitera varias veces tocando los dos al unísono.*

*Al cabo de un tiempo **escucho mínimas diferencias** en la producción del niño, logra de manera más continua sostener con sus manos la baqueta generando la misma constante rítmica del inicio, **espero y sostengo su forma** con el charango, **percibo su tonicidad corporal más acentuada al contacto** con la baqueta, al parche, a los sonidos producidos entre los dos .*

***Continuo sosteniendo la forma** rítmica inicial **propuesta por Bruno, escucho una sutil variación** en la célula rítmica del niño que si bien se reitera, comienza a presentarse levemente más acentuada al principio, **marcando el inicio y disminuyendo posteriormente su intensidad** pero retomando nuevamente con más intensidad.*

***Acompaño usando su misma forma al unísono** con la cuerda de charango y **remarcando levemente estas variaciones**. Se produce un silencio al caérsele la baqueta al niño, estratégicamente prolongo el silencio, vuelvo a acercarle la baqueta y **espero que inicie Bruno, retoma la forma inicial pero con pequeñas diferencias** alternando la intensidad y cambiando la acentuación, percute con mínima intensidad al principio y acentúa al final, esto genera una cadencia rítmica diferente, **que produce una afirmación de su producción expresiva**.*

*Ante estas variaciones producidas por el niño **intervengo pulsando las cuerdas del charango generando una cadencia rítmica similar remarcándola sutilmente** alternando la intensidad al inicio y acentuando al final la célula rítmica propuesta por Bruno. **Bruno continúa produciendo la***

forma rítmica alternando de acentuaciones e intensidad más fluidas y continuas, acompaño sus variaciones que se manifiestan y conducen la cadencia rítmica.

Estratégicamente varío mi intervención del accionar al unísono, me desplazo levemente reproduciendo a mínima intensidad con el charango la misma célula rítmica. El niño inicia y continua su producción, me voy sumando replicando con la cuerda de charango sus variaciones, reproduciéndolas, escuchando y afirmando su producción en un diálogo sonoro rítmico, con alternancias compartidas.

Bruno traza la finalización de la producción incrementando la intensidad rítmica, sostengo desde una espera rítmica melódica a mínima intensidad, el niño varía un poco más la forma rítmica, cambiando e incrementando la velocidad y finaliza con un silencio. Silencio que se extiende y que expresa el cierre. Silencio que inicia Bruno expresando el final.

La escucha como intervención en la clínica musicoterapéutica habilita un espacio para que el niño se vivencie en sus manifestaciones, sensaciones, a través del vínculo con el terapeuta. Estas vivencias que se producen en un proceso terapéutico se transformaran en nuevas experiencias vinculares, relacionales, expresivas y discursivas.

Alejandra Giacobone en el libro *Musicoterapia en la Infancia* .Volumen I refiere que uno de los aspectos a tener en cuenta en la clínica en niños es la valorización de la espontaneidad, basándose en Hoffmann “(...)la fuerza de la vida o de la vitalidad toma forma en la espontaneidad, una tendencia a salir de sí, y entrar en el mundo para volver con algo, una vivencia” (Hoffmann, 2004, p.93) , lo va a llamar este primer ordenamiento, refiriéndose a la clínica de bebés, iniciativa “esta iniciativa lleva a la acción y la acción produce la vivencia. Esta vivencia a lo largo de ciertas repeticiones o combinaciones se va transformando en experiencia.”(Hoffmann, 2004, p.96)

Habíamos mencionado que en los niños que tienen una encefalopatía crónica no evolutiva de grado severo sus posibilidades de iniciativa, espontaneidad y continuidad en sus producciones expresivas pueden verse condicionadas por su compromiso de base. Entonces valorizar y acompañar estratégicamente las iniciativas expresivas es brindar un lugar, para ser habitado por el niño, de apropiación de sus producciones, es

considerarlo como un sujeto activo. Posicionarnos en las potencialidades del niño, en sus manifestaciones, su silencio, su presencia en relación a un otro que valoriza y da categoría de discurso a su despliegue expresivo.

Las intervenciones musicoterapéuticas dan relieve y rescatan las iniciativas que se originan en la variación, en la novedad y del inicio espontáneo de la producción expresiva. Es el movimiento que hace la musicoterapeuta al escuchar y alojar a partir de sus intervenciones las iniciativas expresivas de Bruno.

El Lic. Gustavo Langan (2005) en su tesis “Musicoterapia y esquizofrenia” expresa *que la producción sonora del musicoterapeuta dentro del escenario terapéutico tiene la función de sostén y la función de rescate*. La función del musicoterapeuta es acompañar ese recorrido sonoro a través del escuchar y el tocar. Refiere al tocar como el sostén de esa producción sonora, sin invadirla. El rescatar dice Langan es dar relieve, jerarquizar tanto la producción del niño como aquello del orden de lo nuevo que aparece en la misma. Esta función de rescate y sostén podemos encuadrarlas a modo de intervenciones que se producen a partir de la escucha del musicoterapeuta. Así es como en la viñeta presentada anteriormente la musicoterapeuta interviene estratégicamente en varias oportunidades a modo de sostén, esperando, acompañando la forma expresiva de Bruno, y rescatando y enfatizando las variaciones de la producción expresiva que va generando el niño. *“y si nuestra escucha pudo reconocerlo lo podemos resaltar desde nuestra función, ir al rescate. Y ese rescate se hace sonando juntos.”*(Langan, 2005, p.70)

El terapeuta dirige su escucha a las manifestaciones del niño, brinda un espacio y una valoración a lo que el niño expresa. Refiere A. Giacobone *“Durante el proceso terapéutico las intervenciones se dirigirán hacia la discriminación y selección de*

secuencias sonoras en interacción que favorezcan la constitución subjetiva del niño
(Gauna, 2015, p.153)

4.7 La escucha: diferencias entre intervención y técnica.

Como venimos expresando las posibilidades de producción expresiva que manifiesten los niños en la clínica musicoterapéutica van a estar conmovidas, alojadas y/o recortadas en relación a las condiciones de escucha y las posteriores intervenciones que se realicen.

En párrafos anteriores describimos como el musicoterapeuta interviene desde su escucha para dar carácter de discurso comunicante a la producción expresiva del niño. Las intervenciones apuntan dentro de ese espacio a rescatar las diferencias para que el niño, como sujeto activo en la intervención pueda reconocerse en estas diferencias y apropiarse de su producción discursiva comunicante.

Para continuar avanzando sobre este escrito nos preguntamos sobre las posibles conceptualizaciones que definen las intervenciones y técnicas en musicoterapia, y las implicancias que tienen en la escucha.

En el capítulo anterior reflexionamos sobre la aplicación de técnicas en musicoterapia en el ámbito rehabilitativo de niños con ECNE y como la escucha estaba encuadrada al servicio de este abordaje rehabilitativo, donde era funcional a las técnicas rehabilitativas quedando fuertemente implicada y delimitada al modelo en cuestión. Fuimos aproximándonos también a la importancia de desandar las construcciones hegemónicas de paradigmas de abordaje para visibilizar y deconstruir disciplinamientos a las que vamos adhiriendo y condicionando la escucha y la praxis clínica.

A fin de ahondar y aproximarnos a estas conceptualizaciones rastreamos la etimología y el significado de las palabras *intervenciones y técnicas*.

“La palabra técnica proviene de *techne*, un vocablo de raíz griega que se ha traducido al español como arte o ciencia. Esta noción sirve para describir a un tipo de acciones regidas por las normas o un cierto protocolo que tiene el propósito de arribar a un resultado específico.” (Definición. De. 2008, <http://definicion.de/técnica>, consultado el 22/01/2017)

Técnico:

(Del lat. *technicus*, y este del gr. *τεχνικός*, de *τέχνη*, arte).

1. adj. Perteneciente o relativo a las aplicaciones de las ciencias y las artes.
2. adj. Dicho de una palabra o de una expresión: Empleada exclusivamente, y con sentido distinto del vulgar, en el lenguaje propio de un arte, ciencia, oficio, etc.
3. m. y f. Persona que posee los conocimientos especiales de una ciencia o arte.
4. m. Méx. Miembro del cuerpo de Policía.
5. f. Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte.
6. f. Pericia o habilidad para usar de esos procedimientos y recursos.
7. f. Habilidad para ejecutar cualquier cosa, o para conseguir algo.
(Diccionario de la real academia española .www.rae.es. Consultado el 18/062018)

La musicoterapeuta Giacobone (2015) dice “Intervención: acción de intervenir, tomar parte, interceder, suceder, acontecer” p.99)

La musicoterapeuta Giacobone (2015) dice “Intervención: acción de intervenir, tomar parte, interceder, suceder, acontecer” p.99)

Las intervenciones intentan generar movimientos habilitar al niño en una posición activa donde pueda apropiarse de su discurso. La diferencia entre técnica e intervención en la constitución y formalización de la escucha es una diferencia de posicionamiento de paradigma, de conceptualización del sujeto y de la musicoterapia, la técnica está del lado de aquel que tiene o supone tener un conocimiento previo sobre el niño, y define y/o conceptualiza al niño y a su producción según el modelo-técnica. Este conocimiento se sustenta a partir de un saber que aporta un modelo.

La intervención en cambio busca generar un movimiento en la persona, habilitarlo a una posición activa, en donde el conocimiento se construye a partir de las producciones que

se generan en el escenario vincular. Cambia la ubicación que se le da al niño dentro del entramado vincular, conceptualizando al niño como sujeto activo que interactúa con otro y no alguien pasivo y depósito de prácticas. Desde este posicionamiento el sujeto no es más pensado en esa pasividad que lo sujetan algunos abordajes, sino de un sujeto que conductor de su proceso terapéutico.

Gabriel Solarz (2012) refiere

(...)La posición de un terapeuta que se considera “técnico”. Esto convierte las estrategias que utiliza en herramientas con las cuales éste puede “modificar algo”, es el terapeuta en su rol de técnico el que produce las modificaciones en el sujeto. (...) el saber, poder, y capacidad de producción de modificaciones se encuentra del lado del técnico. El terapeuta que se coloca en el lugar de técnico es el que se ubica en el lugar de productor, el que sabe qué se necesita y qué se debe hacer con el paciente. (p.64)

La escucha del musicoterapeuta tiene que estar despojada de preceptos y saberes a priori, silenciosa y disponible al encuentro del niño con sus expresiones, ya que dependiendo de cómo se constituya, el lugar y valoración que le asigne, va a ampliar o estrechar la recepción sensible de las producciones de los niños, y será también condicionante de las intervenciones y de las estrategias musicoterapéuticas para la facilitación de las experiencias subjetivantes.

Alejandra Giacobone refiere

(...)Lo más temido es el rellenar el silencio o el vacío de producción con la producción musicoterapéutica donde lo musical, si tampoco el musicoterapeuta no tiene muy bien trabajado esta cuestión en sí mismo, puede aparecer allí como un relleno que solamente obtura, para tolerar ese silencio, esa improductividad, esa inmovilidad, esa dificultad que el organismo produce en lo expresivo (Comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

Reconocer-nos en lo que nos moviliza en el encuentro con ese niño que sufre, cuyo compromiso clínico y situación de padecimiento puede impactarnos, cuyos silencios,

movimientos, sonidos, cuerpo nos toca, nos convoca, nos silencia, nos ensordece, nos afecta. Reconocer y afinar ese encuentro en nosotros terapeutas para posibilitar una genuina disponibilidad y escucha. Un posicionamiento que nos interpela e interroga a trabajar con nuestras propias imposiciones y certezas para que no estén puestas en la producción musicoterapéutica de la clínica .

Trabajar la propia escucha como un posicionamiento ético, una permanente búsqueda del escuchar como un acto ético que en su acción no condiciona la existencia de ese otro que está haciendo “una *apuesta vital*”(Perea, 2005)

Dice Banfi (2015)

Los musicoterapeutas nos entrenamos para escuchar. Y aquellos que escuchamos en la música, los cuerpos, los sonidos, los silencios, las palabras-son las formas en la que cada sujeto está atrapado y aquellas que se nos parecen como signo de fuga de la encerrona. (...) (p.60)

Con lo cual podríamos afirmar que trabajar la propia escucha en relación al entrenamiento que se requiere, implica a la vez la deconstrucción de su saber, ya que dicho conocimiento, previo a los eventos y acontecimientos expresivos en la clínica musicoterapéutica puede ser condicionante y disciplinante de nuestra escucha, y de las producciones que se suscitan.

Claudia Heckmann en su tesis *Dis-posición de escucha en la clínica musicoterapéutica con psicosis. Del caos, la estructura y la forma (2009)* se va a referir la técnica como uno de los aspectos que sostienen una posición de escucha.

Claudia Heckmann (2009) expresa:

Si pensamos a la clínica musicoterapéutica, al decir de Rodríguez Espada, como aquel espacio de producción de huellas, de movimiento inaugural de sentido y acaso de subjetividad; si esta fundación de texturas inaugurales de discurso precisa para acontecer un alejamiento de los modos disciplinados de producción, ¿cómo podría una técnica sostener una posición de escucha? (...)
Técnica entonces, no será entendida en adelante desde la habitual idea de funcionalidad. No será un mero instrumento, ni un conjunto de reglas y

estrategias. Proponemos pensar la técnica como producción, diferente de la aplicación disciplinada de métodos (...) Será la técnica entonces, producción de herramientas singulares, inauguración y construcción en cada vínculo, planteando así la necesidad de formas en constante devenir de la escucha del terapeuta y aún su subjetividad.

En párrafos anteriores nos habíamos referido a una escucha sensible, silenciosa al encuentro del niño con sus expresiones, pero que requiere de una formalización de aquello que se escuchó, y es ésta disponibilidad lo que traza una diferencia de un oído disciplinado. Es necesario una vivencia de afectación, *un conocimiento del sonido desde la vivencia, de esta captación del detalle*, y no una instrucción técnica de métodos, dirá Heckmann: *“la técnica se emparenta con la libertad, y deja de ser sólo método, función y procedimiento. Sólo quien fue tocado, atravesado, golpeado por el sonido o el ruido puede trazar distinciones en el devenir presencia de su acústica materialidad”* (P.45)

La escucha como intervención ubica al niño en un rol activo. Valorizándolo como un ser expresivo y *“por tanto capaz de producir él mismo variables de orden estético a su padecimiento”* (Solarz, 2012). Diferenciándonos así del concepto de la escucha en función de los aplicativos técnicos para paliar el déficit que se encuentra tan presente en la bibliografía analizada en esta investigación y que podemos ubicar en relación al modelo rehabilitador. *“La permanente búsqueda de afirmaciones de una ética enraizada en una escucha solidaria con las formas de la libertad de expresión del niño”* (Banfi, 2015, p.54) Las intervenciones, estrategias y recursos que construimos en la clínica se desarrollan *a partir de una determinada concepción de sujeto, y esta concepción implica una posición ética* (Solarz, 2012)

Gustavo Rodríguez Espada (2001) expresa

Es justo decir que el trayecto de deconstrucción y des-velamiento de estéticas es imposible sin técnica. El navegar en este borde implica, necesita, del concurso de habilidades técnicas. (...)No estamos diciendo que haya que dominar los

mecanismos de ejecución de todos los instrumentos, sino que de cualquiera de los posibles, incluyendo el cuerpo en tanto tal, porque cualquiera es buen vehículo para pensar-investigar-en-con el sonido, y las construcciones discursivas que nos ocupan tanto en la clínica como en el Arte. Sin técnica somos arrasados por la marea de las cosas, y en nuestra desesperación quedamos atrapados en, o de, una tabla salvadora. Salvados y, paradójicamente, prisioneros.

Claro está, este es un intento utópico, pues toda técnica remite a un sistema. Toda técnica sirve a la construcción de discursos en el interior de una cultura, una red social de producción de sentido, predeterminados como Bellos, o Verdaderos, o incluso Saludables, por el mismo sistema desde el que se legisla su construcción, precisamente, mediante aquella técnica.

Entonces, el aprendizaje de técnicas será también la exploración y des-velamiento (Alétheia) de las Disciplinas estéticas que las apoyan y justifican, y a las que, circularmente, aquellas técnicas, dan existencia manifiesta. Se trata de un aprendizaje deconstructivo que repite formalmente, análoga, lo que es la praxis clínica: Una permanente maniobra que, en tanto avanza, es porque ha retrocedido. Este retroceso es el tornar presente una apertura, una extensión de lo posible, ya no de lo necesario. (P.12)

4.8 La escucha del detalle:

El estado de “atención al atender” incluye un esfuerzo (riguroso desde la ética disciplinaria) por descubrir sensiblemente, al momento mismo del hacer con el paciente, la condición alienante o libertaria de un gesto.

Claudia Banfi. Musicoterapia. Acciones de un pensar estético

La musicoterapeuta Claudia Banfi (2015) expresa que la musicoterapia es una clínica del detalle al atender al mínimo movimiento imprevisible, diferente, novedoso de las producciones expresivas.

Gabriel Solarz refiere

Es particularmente una clínica de estar, de esperar el detalle (...) Porque en muchos casos quieren manipular un objeto y se les cae, y toda esa construcción implica sostenerlo y no olvidarse que está ahí un sujeto, y darle carácter de

comunicación, de intención y de encuentro con un otro desde lo que están haciendo. Porque es su forma de poder encontrarse con otro , entonces poder escuchar ese detalle que tiene una variación afectiva, que no es una cosa repetitiva igual a sí misma , sino que hay algo en esa forma que empieza a aparecer, cuando uno empieza a poner el cuerpo , a donar lo sonoro, a donar la presencia. A donar en el sentido que se pueda ofrecer algo que habilite que ese niño pueda construir algo con eso. (Comunicación personal, 1 de noviembre de 2016)

El abordaje musicoterapéutico se enmarca dentro de una escucha de *la clínica del detalle*, la población de nuestra investigación son niños cuya posibilidad de iniciativa, espontaneidad y continuidad en sus producciones expresivas se ven condicionadas por su compromiso neuromotor severo. Mencionamos en el primer capítulo las implicancias y el compromiso sustancial que presentan, y nos referimos también que son condicionantes de su producción que tenemos que atender pero sin que sean los determinantes de nuestra escucha e intervenciones.

Las estrategias e intervenciones se construyen desde una complejidad que pone en juego diferentes componentes: la producción expresiva, sus constantes y variaciones, el vínculo y el conocimiento de su compromiso de base (aspectos de su procesamiento sensorial y neuromotor) para evitar que dichas intervenciones produzcan sensaciones desagradables e inclusive dolor.

Gabriel Solarz expresa

(...)Ahora también es importante tener en cuenta cuando hay algo en relación a su patología de base que puede ser descargas corticales, dolor, dificultad respiratoria, hay que tenerlas en cuenta cuando uno está trabajando con los chicos.(...) Si nosotros utilizamos determinados sonidos, determinados golpes, determinados instrumentos que vemos que activan su sistema de alerta, estímulos que activan el sistema reticular ascendente y los pone más alerta y tensos, aumenta la espasticidad y les aumenta la respiración, tenemos que poder leer esa escena .Porque si no le estamos haciendo mal al chico, la está pasando mal, eso tenemos que poder leerlo como intervención también. (Comunicación personal, 1 de noviembre de 2016)

Las intervenciones que realizamos en la clínica son pensadas dentro de una escucha del detalle: desde un gesto tónico corporal, un respirar, una mirada, sonidos, un balbuceo, un susurro, un llanto, un grito, el silencio *“Este gesto puede ser pequeño, sencillo, poseer la invisibilidad de lo sutil, y no obstante contener en sí mismo toda la potencia de la gestación de un universo, en que las cosas se enrarecen y convierten.”*(Banfi, 2015, p.82)

Fanny Dos Santos expresa

Las intervenciones se construyen en base a la singularidad de cada paciente y del proceso que se va creando conjuntamente.

En casos donde la movilidad corporal está muy afectada, se generan situaciones de encuentros sutiles y profundos a su vez, en base a un trabajo de interjuego de la mirada y la respiración. Vivencias primarias y vitales que pueden sostener y enriquecer el vínculo y la comunicación.

Es importante mencionar que en muchos casos, dadas las complejidades orgánicas y funcionales, los cambios que se pueden generar son leves y/o sutiles. Y trabajar en red con los otros profesionales puede ayudar a sostener y hasta incrementar la expectativa en el tratamiento, cuando luego de algunos años de tratamiento, se puede sentir cierto desgano o frustración (Comunicación personal, 2 de octubre del 2016)

La producción de los niños puede ser por su situación clínica muy intermitente y requiere de una escucha que valore la sutileza de lo expresivo, no como un sentido de carencia sino de potencia y singularidad. Una clínica del detalle, una escucha que espera, sostiene y rescata lo pequeño de las manifestaciones de los niños como potencia subjetiva.

4.9VIÑETA

Luciana es una niña de 10 años. Presenta ECNE. Cuadriparesia. Distonía grave. Síndrome de West, gastrostomía y traqueotomía. Máxima dependencia en las A.V.D (actividades de la vida diaria) Escaso movimiento voluntario. Internaciones prolongadas por reiteradas neumonías.

Desde el equipo interdisciplinario se elaboran ciertos criterios en relación a las necesidades singulares de la niña: debido a su gran compromiso clínico necesita de abordajes terapéuticos cuyas intervenciones procuren no exacerbar su distonía, excitación psicomotriz y posibilidad de incrementar sus convulsiones, como así también aumentar la segregación de mucosidad ante los cambios abruptos de tono muscular que se suceden ante la presencia, progresión y variabilidad repentina de diferentes estímulos sensoriales del entorno inmediato a la niña.

Secuencia:

Silencio, **cercanía en el espacio, me voy aproximando muy de a poco** hasta quedar junto a la niña dentro de su campo visual, compartir quietud y respiración, **inicio sutilmente un toque de dos notas** con mis dedos sobre el ovni drum, **espero**, mi atención está enfocada en su cuerpo, mirada, gestos, en su respiración, movimiento, silencio. **Vuelvo nuevamente a iniciar el mismo gesto sonoro** a muy baja intensidad, esta vez lo vuelvo a repetir en forma continuada a muy bajo volumen, **escucho su respiración algo más acelerada**, veo el desplazamiento de uno de sus brazos en forma involuntaria, me detengo, **retomo estratégicamente el tempo respiratorio inicial de Luciana, espero desde ese patrón rítmico respiratorio**, enfatizándolo un poco. La niña logra **paulatinamente retomar su ritmo respiratorio inicial, respiramos al unísono** por un tiempo.

Sostenidas desde el patrón respiratorio de Luciana, voy tocando a muy baja intensidad y cada tanto, voy produciendo sonidos sueltos en el ovni drum separados por un silencio dentro de una escala pentatónica hasta formar una breve melodía de cuatro notas. **Repito la secuencia** melódica **varias veces**.

Luciana por primera **vez mira hacia el espacio donde me ubico, continuamos la misma secuencia** marcada por el ritmo de su respiración **varias veces, la niña intenta paulatinamente enfocar su mirada en mí, disminuyo la intensidad** y velocidad del toque del ovni drum, sin producir variaciones y continuando con el ritmo respiratorio de la niña.

Logra mantener su tempo respiratorio mientras **nos miramos alternadamente**. Intervengo modificando sutilmente la melodía pentatónica con algo más de continuidad repitiendo varias veces la secuencia melódica. **Incremento la intensidad de la melodía pentatónica**, mi escucha permanece atenta a cualquier cambio respiratorio y variación del tono que pudiera manifestar.

Luciana respira, en quietud mirándome mientras la melodía continua con algunas variaciones aumentando o disminuyendo su intensidad y velocidad pero sostenida desde el patrón respiratorio de la niña. Detengo mi mirada en ella. **Quietud al mirarnos y la pequeña música que producimos**.

Nos aproximamos a la construcción de un escenario vincular a partir de la escucha de las manifestaciones expresivas de la niña: la respiración, silencios, movimientos, quietud y miradas, donde se fue componiendo paulatinamente una escena compartida, donde hubo esperas de la musicoterapeuta y de Luciana, sostén desde la pauta del patrón respiratorio, acuerdos que fueron variando la producción expresiva y que se

fueron dando con un ritmo, con una posibilidad rítmica de la respiración como manifestación expresiva de la niña.

Dice Ximena Perea (2005) que las intervenciones en algunos casos sólo implica la presencia y que la acción de esa intervención es quizás el silencio.

Fanny Dos Santos refiere

La escucha musicoterapéutica da valor comunicante especialmente a la gestualidad sonora y musical del niño- pausas, silencios, gritos, suspiros, risitas, llanto, balbuceos, canturreos, entre otros tantos, serán de valor para ir descifrando secuencias, repeticiones, interrupciones, enlaces, etc. Ubicar el valor del gesto espontáneo ya sea sonoro, corporal por sobre lo funcional, dará lugar y perspectiva a la comunicación y favorecimiento de la autoafirmación. Aportando al niño que se pueda sentir como “ser expresivo” (Comunicación personal, 2 de octubre de 2016

Las intervenciones desde una clínica del detalle que rescata lo pequeño como potencia subjetiva, se construyen estratégicamente a partir de lo que se escucha y *de la historia de lo escuchado* (Perea, 2005), este movimiento que tiende a rescatar las manifestaciones expresivas habilitan al niño a escuchar, inclusive su silencio y su respiración.

Es esta una posición donde los musicoterapeutas escuchamos las producciones del niño, *“esto que circula es un contenido, pertenencia del paciente que necesita de un atento terapeuta que no lo fije al mismo sentido del cual proviene.”*(Gauna, 2015, p.54)

El musicoterapeuta se mueve estratégicamente para evitar la instalación de un único sentido que determine la producción del niño, que signifique sus manifestaciones. *“Se trata de pensar el contenido formalmente”* (Gauna, 2015), de modo tal que el contenido es *cargado de un devenir forma*. El musicoterapeuta interviene desde su escucha no para buscar interpretar y pensar el contenido conceptualmente a través de un saber previo o de la única posibilidad instalada en el niño, sino que las intervenciones

intentan rescatar diferencias, variables que permitan ampliar nuevas posibilidades expresivas y de reconocimiento subjetivo.

Gustavo Rodríguez Espada (2001) refiere

La instalación de una estética dada, es decir, como “dato”, ajena al fenómeno, es siempre, a la vez, la instalación de un sistema de producción subjetiva y el establecimiento de una disciplina, de un cómo deben ser las cosas (...) Esta instalación de una estética como disciplina es también el soporte de una identidad y, si nos atrevemos a considerarlo, es la institución de un despliegue de poder:
(Pág.14)

Habilitar espacios, “(...) rozar la producción del paciente. Rozar es llegar para irse, (...) intentar ubicarse en el mejor lugar posible para que el paciente pueda reconocer su producción” (Gauna, 2015, p.54)

4.10 Un pensar-hacer en la complejización de la escucha en musicoterapia:

La revisión epocal, contextual del capítulo anterior y el posicionamiento de la praxis clínica que venimos desarrollando y ahondando nos permite aproximarnos a las posibles de- construcciones de la escucha musicoterapéutica y distinguir los procesos históricos mediante los cuales se le asigna un valor a la misma , desde ser una escucha constituida al servicio de un enfoque rehabilitativo a conceptualizarse como la intervención más privilegiada de la musicoterapia y la función del musicoterapeuta.

Hablamos de una musicoterapia que en el encuentro interdisciplinario amplía los contextos de escucha tendiendo a la complejidad de la misma, donde las producciones expresivas son alojadas como parte de una red de relaciones multidimensionales y complejas, cuyo intento de comprensión se aparta de los conocimientos construidos previamente estructurados en modelos y técnicas de musicoterapia aplicada, teorías y enfoques, en los cuales se piensan y conceptualizan a priori a los niños y a la clínica.

Si hay algo cercano al reconocimiento (escucha) de las producciones expresivas será desde los elementos formales desde donde se constituye lo discursivo en el escenario musicoterapéutico. Y este encuentro será incertidumbre, no sabemos que va o puede pasar, *no sabemos que queremos saber* del otro (Banfi, 2015, p. 156) porque definirlo previamente es anticipar y recortar su posibilidad de manifestarse.

Denise Najmanovich (2014) expresa:

(...) los territorios de la complejidad son un modo de pensamiento que permite abordar el saber de una manera no disociada. Desde los enfoques de la complejidad los límites siempre son fruto de un encuentro y por lo tanto de las tensiones que en estos se producen y ubican o lo des-ubican, ponen o diluyen los límites en función de lo que ocurra en la dinámica vincular. (Najmanovich, 2014, ,recuperado de <http://articulando.com.uy/pensar-entramados-denise-najmanovich/18/05/16>)

Claudia Banfi (2015) *“El musicoterapeuta se reconoce afectado por los acontecimientos que ocurren dentro del espacio clínico, es parte de ellos, y esas afecciones se registran en el cuerpo, impactan la subjetividad, y participan, a su vez, de la construcción perceptiva del mundo”.* (p.43)

Es necesario sostener la tensión en la pregunta para interpelarnos acerca de las construcciones de saberes propios y aquellas otros a los que vamos incorporando, y a las necesarias deconstrucciones dogmáticas. Poder rastrear sobre estos condicionantes a priori y deconstruir en nosotros como terapeutas, los resabios o raíces de disciplinamiento que responden a modelos de pensamiento que estrechan la escucha musicoterapéutica y *el porvenir clínico*. Esto requiere expandir nuestra atención hacia *“las diversas caras que el sufrimiento de un chico revela u oculta”* (Banfi, 2015, p. 51)

Gustavo Rodríguez Espada (2001) expresa

Es posible pensar un discurso como perteneciente a una cultura, como producido bajo condiciones determinadas, es decir, que la materia será dispuesta al sentido,

y en parte investida de sentido por una red de Condiciones de producción (C.p.).El proceso hermenéutico que sufre el discurso es el des-velamiento de estas C.p. Pero es también posible pensar en otro tipo de Alétheia en donde lo que emerge a la luz, a otra conciencia, y, por tanto, al vínculo, es esa materia capaz de portar sentido, que ha sido despojada de los significados que habitan su superficie y que ahora ha vuelto a estar disponible a la mutación (P. 30)

Una clínica que en contraposición al conocimiento estático y definido previamente bajo determinados modelos y búsquedas de certezas, transita la incertidumbre, en donde las producciones expresivas no son interpretadas conceptualmente buscando asignarle algún significado y verdad. “*El encuentro esta empapado de incerteza, como condición de permeabilidad plástica y afectiva (...)*” (Banfi, 2015, p. 156)

Podemos pensar un posicionamiento de la musicoterapia que escucha y atiende a las necesidades singulares, propias de los niños y a los condicionantes que atraviesan por sus situaciones de padecimiento, pudiendo convivir sin desdibujarse y desde su especificidad con las diferentes disciplinas, abordajes y ámbitos atencionales. No proclamándose como dadora de verdad, sino sosteniéndose en la pregunta por el sujeto, sujeto irreductible a ningún conocimiento más que del encuentro con su propia expresión.

Gustavo Gauna refiere “*La clínica musicoterapéutica y sus formas de producción de conocimiento, pertenecen a un entrecruzamiento de complejidades. Este entrecruzamiento de complejidades, es una aceptación por parte de nuestra ser profesional y por lo tanto una decisión ética (Gauna, 2015, p.21)*

4.11 El musicoterapeuta y el trabajo interdisciplinario en el equipo terapéutico:

Contemplar en forma compleja y amplia el sufrimiento de un chico implicara aceptar que el padecimiento, al que respondemos musicoterapéuticamente tiene más de una faz

Claudia Banfi. *Musicoterapia. Acciones de un pensar estético*

En estos escritos vamos a ir componiendo una posición de la Musicoterapia como una clínica que ensancha sus posibilidades de escucha de la producción expresiva y discursiva desde un sostén interdisciplinario.

Claudia Banfi (2015) en su libro “Musicoterapia. Acciones de un pensar estético” expresa cómo los profesionales de las distintas disciplinas nos arman red, textura clínica mediante la afluencia de sus saberes respectivos y cómo entran en juego estos saberes ante diversas y múltiples faces de un niño y de su posible padecimiento.

La interdisciplina es abrir posición en un espacio donde pensar (-se) todo el equipo terapéutico estrategias posibles en relación a la singularidad de cada niño.

Esteban Levin expresa

La inter-disciplina sólo existe cuando el saber de cada disciplina, sea clínica, terapéutica, pedagógica o educativa, no alcanza para comprender la problemática del niño y su familia. Es ese no saber, el desconocimiento, el que produce e invoca la inter-consulta con el objetivo de construir y habitar un nuevo saber no sabido por nadie, por ningún profesional, ni ninguna disciplina (...) Como invención, la interdisciplina no es nunca lo que ya se sabe, pero tampoco lo que no es sabido. En esa paradoja se rompe la supuesta certera correspondencia entre el niño y la patología, el docente especial con lo especial del niño, los terapeutas especialistas con lo especializado del niño para recuperar lo infantil de cada infancia.

Levin, E. (julio de 2005). *Imago Agenda N° 41 La interconsulta*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.imagoagenda.com>

En los ámbitos atencionales de niños con ECNE, los musicoterapeutas nos encontramos con profesionales de diversas disciplinas que pueden integrar el equipo terapéutico: kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, neurólogos, psicomotricistas,

fonoaudiólogos, y otros tantos. Estos encuentros pueden consistir en compartir pacientes solamente, en intercambios y actualización de información o bien la posibilidad de pensar en equipo estrategias terapéuticas ante la complejidad clínica, que significa sobre todo pensar en red a través de diferentes miradas, posicionamientos, saberes en función de dar respuesta, alivio, al padecimiento de un niño. Para esto es necesario contar con ciertos conocimientos de los demás abordajes terapéuticos, como así también poder dar cuenta nosotros musicoterapeutas de la clínica musicoterapéutica.

Fanny Dos Santos expresa

Contar con el asesoramiento de kinesiólogos y Terapistas Ocupacionales en lo postural para cada niño, facilitó que los recursos e intervenciones que se pusieran al servicio de la comunicación del niño, sean más efectivos y se amplíen las posibilidades de contacto y de expresión con fuentes sonoras, entre otros. Si el niño tiene una mejor postura, si se logra disminuir por ejemplo el tono muscular, la espasticidad, si se lo ve más relajado escuchando su respiración por ejemplo, habrá otra disponibilidad para el intercambio.(Comunicación personal, 2 de octubre del 2016)

Esto significa conocer las problemáticas del compromiso neuromotor. Contar con la información y sugerencias, que pueda brindar el equipo interdisciplinario. Construir lenguaje propio para transmitir los procesos de la clínica musicoterapéutica para poder pensar y trazar estrategias interdisciplinarias que beneficien a nuestra población.

Alejandra Giacobone refiere

(...) considerando a la escucha como el tratamiento musicoterapéutico y la intervención, va a estar siempre atravesada por el conocimiento de lo que al sujeto le sucede, le pasa y desde un conocimiento cabal y profundo de lo que significa una encefalopatía crónica no evolutiva, hay integrantes de un equipo interdisciplinario habituales en niños con este tipo de dificultades que vienen de un origen rehabilitador con una formación médica mucho más profunda que la nuestra, no es que no la tengamos, es que es más profunda, más específica en esos aspectos y justamente desde lo que nos podemos nutrir y aportar un montón es el conocimiento de lo que otros profesionales nos pueden brindar sobre el porqué de algunas manifestaciones observables en un niño gravemente afectado como para

no negar que eso sigue siendo una producción del niño pero también conocer cuestiones básicas y no caer en un pensamiento mágico y sobre interpretar producciones como voluntarias cuando no lo son, o interpretar de acuerdo a un conocimiento vago de lo que implica la neuromotricidad.(comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

Lejos está proclamarnos rehabilitadores en la recuperación funcional de las áreas afectadas, sino poder escuchar y atender desde una mirada interdisciplinaria a las necesidades singulares que se juegan en el sufrimiento de un niño dentro del escenario clínico musicoterapéutico y que también afectan y condicionan su expresión y su subjetividad.

Se trata de una escucha que sin negar el conocimiento científico acerca de las patologías, pregunta sobre el sujeto y la constitución de su padecimiento.

PARTE II

*UNA ESCUCHA DE LOS PARADIGMAS DE
ABORDAJE EN LA CLÍNICA
MUSICOTERAPÉUTICA DE NIÑOS CON ECNE*

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

*En vez de preguntarnos qué modelo elegir podríamos preguntarnos **por qué modelo somos o fuimos elegidos**. (...) en algún sentido, **la perspectiva nos elige** y lo que todo el tiempo debemos hacer es desconstruir dicho vínculo, comprender nuestras sujeciones a las verdades elegidas y así poder sostener un espacio y propuesta más verosímil con la actualidad y los tiempos en que nos toca vivir*

(Andrea Barreto “**Invitaciones** Postepistemología en Musicoterapia”)

CAPITULO 5:

5.1 Ejes de análisis de entrevistas a musicoterapeutas.

Los cuadros de análisis de las entrevistas que se describen a continuación tienen como objetivo pesquisar y comparar diversos posicionamientos específicos sobre la conceptualización de la escucha de los musicoterapeutas en relación a los paradigmas de abordaje , la función del musicoterapeuta, las intervenciones, técnicas, recursos, y estrategias terapéuticas e interdisciplina en la clínica musicoterapéutica de niños con ECNE .

Cada eje de análisis se relaciona con los objetivos específicos planteados para la temática de esta investigación, para que la producción que se formalice a partir de la matriz de datos puede dar cuenta del o los procesos de valoración de la escucha musicoterapéutica según los abordajes musicoterapeuticos actuales en la clínica de niños con ECNE; y distinguir cual posicionamiento clínico conceptual de la escucha musicoterapéutica facilitaría experiencias subjetivantes.

En el eje horizontal se enumeran las preguntas correspondientes a cada eje de análisis y la síntesis de las respuestas de cada uno de los seis musicoterapeutas.

Ejes de análisis:

a) EJE Paradigmas de abordaje en musicoterapia.

Objetivo específico: Distinguir qué lugar tiene la escucha según los diferentes escenarios históricos de atención y en los diferentes paradigmas de abordaje.

Preguntas de la entrevista:

2) ¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?

- 3) ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina?
¿Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?
- 4) ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad?

**b) EJE La función del musicoterapeuta en la clínica de niños con ECNE:
modelos y/o métodos de musicoterapia.**

Objetivo específico: Diferenciar el concepto de técnicas e intervenciones y a que modelos remiten.

-Preguntas de la entrevista

- 5) ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con ECNE?
- 6) ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

**c) EJE Conceptualización de las intervenciones ,técnicas, recursos y
estrategias clínicas**

Objetivo específico: Diferenciar el concepto de técnicas e intervenciones y a que modelos remiten.
Definir el concepto de la escucha musicoterapéutica.

Preguntas de la entrevista

- 6) ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?
- 7) ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?
- 8) ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

- **d) EJE Valoración de la escucha musicoterapéutica y su relación en la construcción de intervenciones y estrategias clínicas.**

Objetivo específico:-Definir el concepto de la escucha musicoterapéutica.

Preguntas de la entrevista

- 7) ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?
- 8) ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?
- 9) ¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

e) EJE Interdisciplina. Aportes del equipo interdisciplinario en la construcción de estrategias clínicas y aspectos que brinda la musicoterapia y que contribuyen al equipo terapéutico.

Objetivo específico:- Explicar la importancia del intercambio interdisciplinario en la construcción y complejización de la escucha musicoterapéutica.

Preguntas de la entrevista

- 10) ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? (Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?)
- 11) Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

EJE a) Paradigmas de abordaje en musicoterapia	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4
Entrevistado 1	No comprende la pregunta. Relaciona la palabra paradigma, a un modelo, .Y en cuanto a paradigmas piensa en el libro de Foucault, la historia de la locura por ejemplo, pero no sabe si encara por ahí la pregunta.	Tampoco entiende la pregunta conoces paradigmas de abordajes específicos de la disciplina, (“avisarme cuando puedas porque me descoloco tu pregunta, espero tu respuesta.”)	Utiliza el modelo de Tahut y el modelo Nordoff Robins, Adhiere parcialmente a los modelos. Considera que los modelos hacen que muchas veces uno no pueda trabajar libremente.
Entrevistado 2	Lo distingue en tres momentos. Un primer momento de exclusión, un segundo momento llamado de rehabilitación tradicional, y el tercer momento histórico que está en vigencia y sigue siendo muy difícil de instalar, es el de la autonomía y de la autodeterminación	Afirma que hay una línea de tiempo con paradigmas del desarrollo de la musicoterapia como disciplina, de la profesionalización de la musicoterapia en el ámbito de la salud, de los modos de pensar en la infancia y de los modos de considerar la discapacidad y por lo tanto la salud. Describe la evolución de la musicoterapia de la “actividad terapéutica a la tarea clínica”, desde una práctica más ligada a la música funcional, a la aplicación de música, a la enseñanza musical de las personas con discapacidad y la posterior diferenciación de la construcción de una tarea clínica donde hay una preparación profesional, una formación de la escucha de los discursos sonoros y subjetivos.	4) No conoce en términos de nombres de métodos y modelos, no es una manera de pensar que comparta, menciona la musicoterapia neurocognitiva y la neuromusicoterapia, hay otros modelos con otros nombres que no los tiene presente. La manera de pensar y el modo de abordar las problemáticas humanas es desde la escucha singular del sujeto que padece para favorecer la producción subjetiva, la comunicación, la expresividad, el relacionamiento y la vinculación y no un trabajo con el recurso sonoro musical para modificar o lograr el éxito de alguna pauta funcional.
Entrevistado 3	En el pasado cobró importancia el surgimiento de técnicas y formas de tratamiento debido a la post guerra mundial. Luego con los avances en la ciencia y la medicina basada en la evidencia se fue fortaleciendo el concepto de rehabilitación como forma de volver a integrar al individuo. Desde los años 80 se establece la	Se puede trazar un paralelo entre los paradigmas históricos de la discapacidad y la Musicoterapia. En los últimos 20 años de profesión se han publicado investigaciones acerca del valor de la musicoterapia en los procesos de prevención, rehabilitación y reinserción. Los mayores avances de las intervenciones de Musicoterapia en poblaciones	No contestada

	clasificación internacional de deficiencias, minusvalías y discapacidades CIF como la herramienta de mayor reconocimiento mundial para evaluar procesos de prevención, rehabilitación y reinserción.	especificas muestran como la música es importante por su capacidad de cambiar estados anímicos, neuroplasticidad cerebral y posibilidad de rehabilitación de funciones pérdidas o descendidas luego de un trauma adquirido o heredado.	
Entrevistado 4	<p>El paradigma anterior previo a la ciencia moderna era el de exclusión. Después aparece el paradigma rehabilitador que tiene que ver con recuperar la funcionalidad. En los 70 comienzan a tomar más fuerzas las terapias de origen psicoanalítico, la filosofía francesa y el movimiento de desmanicomialización, etc., noción de la ruptura.</p> <p>Empezamos a salir de la noción del discapacitado en relación a la discapacidad como la falta y empieza a surgir esta idea de fortalecer aspectos que tiene un sujeto que no están tomados por la patología, comienza un paradigma ligado a una noción relacionada con lo sano, con el abordaje del sujeto y de la subjetividad.</p>	<p>La carrera de musicoterapia en Argentina se inicia en la USAL como una disciplina paramédica luego hay un cambio de dirección de la carrera generado por Elcira Belloc, y que tiene que ver con un paradigma más ligado a la filosofía francesa, a la idea de la constitución subjetiva que propone el psicoanálisis en sus inicios, y a las corrientes psicoanalistas, empieza a salirse de la idea de rehabilitación, para empezar a pensar al sujeto en relación al vínculo, al contexto social, a la inclusión, y a su producción expresiva. Distingue un correlato histórico de la musicoterapia donde se pasa del modelo paramédico, al surgimiento de un movimiento en relación a la subjetividad, los nuevos movimientos de la salud mental...</p>	<p>No hay ningún modelo que sea específico de discapacidad. El modelo se convierte en algo general e inespecífico con un fuerte perfil marketinero. Refiere que hay un montón de modelos pero creo que no hay ninguno específico para el abordaje de la discapacidad motora o de la discapacidad intelectual.</p>
Entrevistado 5	Sin contestar, refiere no conocer la respuesta	Sin contestar, refiere no conocer la respuesta	<p>Describe que en una supervisión con un musicoterapeuta que tenía otra línea de atención o de abordaje, y hablaba sobre como captar el deseo de los chicos y desde allí trabajar. Considera que en esta población es más complicado. Expresa que trabaja desde las posibilidades de los chicos tomando las fortalezas y desarrollándolas</p>
	No puede dar cuenta detalladamente de los modelos que existen porque no es en lo	Los modos de atención de Musicoterapia han estado inevitablemente influenciados	La Musicoterapia: de un enfoque pedagógico musical

Entrevistado 6	que cree. Puede mencionar de otras épocas, que algunos colegas lo ubicaban - especialmente en instituciones de rehabilitación como un abordaje “soporte” a los “centrales” de rehabilitación.	por los cambios de paradigmas a lo largo de estos últimos 30 años. En el campo de la discapacidad, por los años 80 aprox. era un modelo rehabilitador tradicional. Luego pasó al modelo de autodeterminación. En el campo de la Salud, de la concepción de ausencia de enfermedad a estado de bienestar. De las concepciones de Niñez (de un adulto en miniatura al niño como entidad en desarrollo), y con ello también los Derechos del Niño.	de aplicación paramédica, a conceptualizaciones y fundamentaciones específicas, entre ello, el concepto de escucha trabajada y el valor del lenguaje sonoro como primordial en el desarrollo humano.
Entrevistado 7	Adhiere al último paradigma que es cuando podemos concebir no la discapacidad sino a la diversidad funcional, Apoyando este paradigma desde el neurodesarrollo, Bobath, Votja y todas las metodologías de atención que se fueron desarrollando luego.	Ha ido desarrollando su propio método de trabajo, conoce sobre la neurorehabilitación, la neuromúsica, la musicoterapia neurológica, pero lo efectivo es conocer las diferentes metodologías de la musicoterapia y poder combinarlas.	Conoce los diferentes modelos de musicoterapia: Modelo Benenzon, Modelo Analítico, Modelo Cognitivo Conductual trabaja con el modelo Analítico de Mary Priestley Tiene escenas en consultorio que se relacionan muy bien con el modelo Nordoff Robins. Considera que hay similitud en todos los modelos de Musicoterapia
Entrevistado 8	La enfermedad y los abordajes tenía antes otra forma de concebirse, estas problemáticas estaban siempre enfocadas en la discapacidad y en la enfermedad. Los cambios de paradigmas que fueron virando a considerar de una manera más integral al sujeto y empezar a considerar sus potenciales de salud. En neurorehabilitacion manejamos lo que es la clasificación internacional del funcionamiento, la CIF, que permite una mirada integral y global del individuo. Entonces los cambios de paradigma, estos cambios de pensamiento con respecto a la salud fueron en la amplitud y en la integración de aspectos y en considerar lo positivo también, los núcleos de salud, y no ver solo el individuo parcialmente	La exactitud cronológica de estos movimientos no la conoce. La musicoterapia tiene una mirada integral, que logra esto del pensamiento más abarcativo y de los aspectos sanos del individuo. La primer teoría de musicoterapia que leyó sobre la fortaleza de los sujetos y trabajar desde ahí, fue (así lo menciona la entrevistada) el marco teórico de Gustavo Gauna. Expresa que los modelos están respondiendo a necesidades diferentes, a problemáticas diferentes. La música despierta las fortalezas, permite un abordaje integral	Hay muchos modelos de musicoterapia , que responden a necesidades diferentes :el modelo psicodinámico que trabaja en la salud mental , la neurorehabilitación , que es la musicoterapia neurológica, la musicoterapia comunitaria , el modelo Benenzon que es un abordaje más de la salud mental , el plurimodal, la musicoterapia biomédica que va más del lado de la neuromusicoterapia.

	en su dificultad.		.
--	-------------------	--	---

EJE b) La función del musicoterapeuta en la clínica de niños con ECNE: modelos y/o métodos de musicoterapia	Pregunta 5)	Pregunta 6)
Entrevistado 1	La función del musicoterapeuta va a depender de qué objetivos se propone tanto el musicoterapeuta como a nivel interdisciplinario .Entonces desde la rehabilitación puede ser trabajar la motricidad gruesa, trabajar la motricidad fina a través de un instrumento. Puede haber muchísimas funciones, siempre depende del objetivo que se propone en el equipo	Utiliza adaptaciones musicales, corporales, ambientales, tecnológicas para desarrollar una mejor producción sonora y una mejor forma de expresarse. No es partidario de los métodos o modelos, si esta bueno conocerlos
Entrevistado 2	La función del musicoterapeuta es escuchar, va a estar determinada por su capacidad de escucha clínica, y el trabajo con su propia escucha para no poner solamente lo propio a producir, sino que la producción del musicoterapeuta está en función de una intervención favorecedora del despliegue de las calidades y cualidades del paciente o del niño.	Los recursos propios de la musicoterapia son la escucha, y la escucha trabajada (Elcira Belloc) EL posicionamiento clínico y el cuerpo conceptual al que adhiero. No trabaja desde ningún modelo, técnica, método, porque me parece que esas construcciones coartan la amplitud de la escucha en un contexto de complejidad y de incertidumbre. Se posiciona desde el paradigma de la infancia, no el de la patología. Adhiere al paradigma de la escucha trabajada de Elcira Belloc...
Entrevistado 3	El Musicoterapeuta que trabaja con niños con compromiso neuromotor debe proveerles de nuevas formas de ejecución musical, de funcionamiento motor activo que garantice el éxito final: conseguir que un instrumento pueda sonar, que un sonido pueda ser vocalizado de la mejor manera posible, brindar formas de participación activa en las actividades musicales.	Especializada en Neurologic Music Therapy (Thaut) desde hace más de 8 años y en la Teoría de la Integración Sensorial aplicada a la Musicoterapia con la Dra. Berger. Tiene un posgrado en Comunicación Aumentativa Alternativa y Tecnología Asistida de AEDIN.
Entrevistado 4	Los musicoterapeutas facilitan los procesos expresivos y creativos del niño para poder vincularse de una forma más sana con su entorno considerando también el abordaje de cuestiones que tienen que ver con su patología de base que van a ser requeridas para facilitar esos modos expresivos.	El principal recurso que tiene el musicoterapeuta es la escucha, es la escucha sensible, es la escucha del detalle sonoro expresivo, no solo de escuchar lo sonoro puramente, sino también lo corporal, la disposición del cuerpo, los gestos, la vincularidad, la construcción de gestos y formas expresivas, que no necesariamente sean sonoras, pueden ser gestuales, lúdicas, con juguetes.
Entrevistado 5	La función del musicoterapeuta tiene que ver con la rehabilitación, a través del canal musical se trabaja distintos aspectos desde lo cognitivo, lo físico, lo sensorial.	Los recursos propios de la musicoterapia son la música, el sonido, el movimiento, el silencio. Los instrumentos musicales son una

		herramienta muy importante porque ofrecen la posibilidad de trabajar sobre distintos esquemas de acción. Lo tecnológico es un aporte sobre todo cuando no hay lenguaje hablado
Entrevistado 6	El lugar del Musicoterapeuta en niños que padecen y que afectan la vida de relación del niño es relevante. Ante problemáticas orgánicas, la subjetividad se ve “afectada” y con ello los niveles expresivos en la comunicación se encuentran disminuidos y obstaculizados, a través de este abordaje, se pueden lograr favorecer significativamente las dimensiones de lo vincular, comunicacional y lúdico.	El recurso más trascendente es la escucha y desciframiento de las producciones y discursos sonoros y la musicalidad del decir del niño.
Entrevistado 7	La función del musicoterapeuta es el poder motivar la comunicación, el movimiento, la interacción, el placer. Los niños con compromiso neuromotor padecen grandes diferencias de tono muscular y la posibilidad de sentirse bien, relajados y reír en una sesión de musicoterapia es maravillosa.	Los recursos propios de la musicoterapia son la música, el silencio, los sonidos y las vibraciones percibidas como sonido. Trabaja desde la improvisación libre, improvisando sobre lo que el niño puede hacer, sea un pequeño movimiento, un guiño. El musicoterapeuta debe ser músico y debe actualizarte tecnológicamente también.
Entrevistado 8	La función del musicoterapeuta es tener una mirada integral, realizar una buena evaluación donde se pueden determinar las prioridades en el tratamiento y luego consensuar con el resto del equipo para ir en bloque en el abordaje de las prioridades del tratamiento a cada paso. Entonces lo que uno puede brindar desde la música es muy valioso por las mismas experiencias necesarias para la edad, para el crecimiento afectivo emocional, para trabajar estas capacidades emocionales funcionales y promover el desarrollo realmente en todas las áreas.	La metodología que implementa es la neuromusicoterapia o la musicoterapia neurológica. Hay técnicas específicas de neuromusicoterapia de lo que es rehabilitación y estimulación motora, como el RAS y el TIM, que son técnicas que se emplean para activar y desarrollar movimientos de miembros superiores o movimientos más automáticos globales como la marcha. La estimulación rítmica auditiva también para facilitar patrones regulares. El objetivo general es implementar todas estas técnicas para aumentar el movimiento voluntario, la intención del movimiento, la dirección, el rango, todo lo que se pueda para estimular esta área dando buena entrada sensorial Es conveniente implementar conceptos del modelo de Integración Sensorial.

Eje C Conceptualización de las intervenciones , técnicas, recursos y estrategias clínicas	PREGUNTA 6)	PREGUNTA 7)	PREGUNTA 8
	Considera que hay que	Piensa primero el	Las estrategias las relaciona

Entrevistado 1	conocer a la persona, ver con que emergente viene y trabajar a partir de ahí, utilizar distintas cosas de los distintos modelos. Implementa adaptaciones para trabajar con el potencial del paciente.	tratamiento, reunión con el equipo interdisciplinario donde se plantean objetivos a corto y mediano plazo. Las intervenciones se dan en el momento no las piensa, porque le condicionan mucho	con reunirse con los demás profesionales y padres. Hacer un seguimiento filmando el proceso musicoterapéutico Todas esas estrategias ayudan a que los profesionales vayan por el mismo camino y no separados
Entrevistado 2	Los recursos propios de la musicoterapia es fundamentalmente la escucha. No trabaja desde ningún modelo, técnica, método, porque le parece que esas construcciones coartan la amplitud de la escucha	La escucha es la intervención que va construyendo un proceso de tratamiento. Las intervenciones y la escucha de niños con este tipo de padecimiento, no difiere de la escucha de cualquier niño que padece, porque la escucha y el tratamiento va a estar más allá de lo que la patología le implica y le impide, conociéndola en profundidad pero trabajando desde las construcciones vinculares desde esa situación	Hay modos que pueden favorecer el despliegue expresivo y modos que los pueden obstaculizar. La escucha musicoterapéutica lo que aporta es una sutileza para estas escuchas y para estas producciones. Lo que convoca y favorece en un niño la experiencia expresiva está basada en el tipo de vivencias que en el encuentro musicoterapéutico se puedan generar y es una construcción de ese terapeuta y ese paciente
Entrevistado 3	Especializada en el modelo Thaut y en la Teoría de la Integración Sensorial aplicada a la Musicoterapia con la Dra. Berger.	Evalúa al paciente en diversos juegos y actividades musicales, más la entrevista personalizada y el intercambio con profesionales del equipo tratante. Con la suma de todos estos datos confecciona objetivos a trabajar varios de ellos cuantificables.	Las experiencias expresivas tienen muchas que ver con la aplicación de métodos alternativos y aumentativos de comunicación o el uso de tecnología asistida. La adaptación de instrumentos musicales y buscar nuevos puntos de acceso en el cuerpo para poder ejecutar con acierto un instrumento.
Entrevistado 4	El principal recurso que tiene el musicoterapeuta es la escucha, es la escucha sensible, es la escucha del detalle sonoro expresivo, no solo de escuchar lo sonoro puramente, sino también lo corporal, la disposición del cuerpo, los gestos, la vincularidad, la construcción de gestos y formas expresivas.	Es particularmente una clínica de estar, de esperar el detalle, de sostener la escena, soportar silencios. Es una forma de habilitar al sujeto para que aparezca su producción discursiva, sus formas de expresión. Hay que tener en cuenta su patología de base, cuando se hacen determinadas intervenciones...	La estrategia es poder evaluar desde la escucha, desde la observación del vínculo cual es la necesidad de ese paciente, para poder construir una intervención clínica que sea acorde a sus necesidades. La estrategia no es algo dado, no hay un manual. La estrategia es una construcción y requiere un metódico entrenamiento de la escucha de los detalles.
	Los recursos propios de la musicoterapia son la música, el sonido, el	Las intervenciones y el tratamiento parten del conocimiento de los	En relación a las estrategias utiliza distintos dispositivos para favorecer el registro de

Entrevistado 5	<p>movimiento, el silencio. Considera a la canción como un recurso muy importante que trabaja lo cognitivo, la memoria, la atención, la expresión.</p> <p>Se trabaja con instrumentos que puedan favorecer el movimiento con sus manos o con su cuerpo y favorable a su vez con el miembro afectado para que pueda ser rehabilitado.</p>	<p>chicos, de la evaluación de sus fortalezas y debilidades. Y los caminos que se plantea tienen que ver mucho con la comunicación, la expresión verbal y sonora, la conexión; la cognición, la función motriz. Trabaja desde las posibilidades de los chicos tomando las fortalezas y desarrollándolas.</p>	<p>la voz y que el sonido que puedan hacer los pacientes sea importante dentro de un contexto musical. La música ayuda proponiendo un ritmo, un tiempo que es motivante en sí para poder realizarlo. Utiliza técnicas como el PROMT dentro del contexto de una canción. Otro aspecto que toma es el ritmo, el uso del metrónomo como organizados de la conducta y para hacer actividades de rehabilitación con instrumentos por ejemplo.</p>
Entrevistado 6	<p>El recurso más trascendente es la escucha y desciframiento de las producciones y discursos sonoros y la musicalidad del decir del niño</p>	<p>Las intervenciones se construyen en base a la singularidad de cada paciente y del proceso que se va creando conjuntamente.</p>	<p>Considera que se puede registrar y percibir los propios “impactos” que generan entrar en vínculo con un niño a veces muy afectado desde lo motriz y sensorial para encontrar la plasticidad y tonalidad necesaria para entrar en sintonía con el niño, disponibles con nuestro propio cuerpo, sonoridad y musicalidad. L</p>
Entrevistado 7	<p>Se remite a la descripción de las técnicas que utiliza los musicoterapeutas citando el escrito de Bruscia que hace referencia a una clasificación de las técnicas utilizadas, que fue agrupándolas en diferentes tipos. Expresa que todos los musicoterapeutas hacemos algo de todo ello.</p>	<p>Las intervenciones son dándole espacio al paciente, buscando todas sus posibilidades, de movimiento, de expresión, sus posibilidades de comunicación, sus posibilidades humanas Utiliza pictogramas. La Musicoterapia favorece la calidad de vida, tiene que ver con su estado de ánimo, tiene que ver con sus relaciones, sus posibilidades de expresión, sus posibilidades motoras y la facilitación de esas posibilidades motoras, la facilitación de las posibilidades de pensamiento.</p>	<p>Las estrategias remiten al hecho musical, la música por sí misma nos brinda estrategias, los calderones, los silencios, las repeticiones, los rápidos cambios de velocidad, de intensidad, la música en sí misma conlleva diferencias para las estrategias. No se necesita actividades elaboradas, necesitamos estar ahí con el paciente, poder leer desde lo musical cada una de sus expresiones, aumentarlas, sostenerlas, responderlas. El vínculo establecido con el terapeuta, el vínculo terapéutico es sobre todo lo que va a producir las modificaciones.</p>
	<p>La metodología que implementa es la neuromusicoterapia Hay técnicas específicas para cada área, y se hace una implementación de</p>	<p>Primero hay que hacer una evaluación, detecte prioridades y definir el alcance que tienen determinadas propuestas de estimulación y</p>	<p>Hay muchísimas estrategias, pero depende del niño y de los intereses y el perfil del niño. Refiere que una estrategia interesante es sostener sus periodos de</p>

Entrevistado 8	acuerdo a lo que cada paciente requiere y a la actividad terapéutica para desarrollar ese objetivo terapéutico que se necesita.	actividades en el paciente para ver su aceptación, su motivación y su nivel funcional de cada área... Consensuar con el resto del equipo para que todos trabajemos en la misma dirección. Hay que tener muchas cosas en cuenta en las intervenciones, lo principal es partir de un buen plan de tratamiento inicial, tener muy en claro las prioridades, los objetivos terapéuticos prioritarios y definir qué actividades van a facilitar estos objetivos.	atención a través de la implementación de técnicas de redirección que tienen que ver con que los estímulos sonoros sean diversos, inesperados a veces que tenga contraste. Algo que funciona es convocar experiencias expresivas mediante la agrupación de los niños en pequeños grupos reducidos, la música y los amigos y los pares, son una combinación perfecta estimulante de la comunicación activa, de querer participar y expresarse, suele ser muy estimulante y motivador para la expresión espontánea, para ver con los recursos que el paciente tenga, como intenta participar activamente.
-----------------------	---	---	---

EJE DValoración de la escucha musicoterapéutica y su relación en la construcción de intervenciones y estrategias clínicas	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9
Entrevistado 1	Piensa primero el tratamiento, reunión con el equipo interdisciplinario donde se plantean objetivos a corto y mediano plazo. A partir de ese potencial hace intervenciones y trabaja. Generalmente las intervenciones se dan en el momento no las piensa, porque lo condicionan.	Las estrategias las relaciona con reunirse con los demás profesionales y hacer un seguimiento filmando el proceso musicoterapéutico para a ver qué es lo que surge, que cambios hay para poder trabajar sobre eso y favorecer las experiencias expresivas de los niños. Todas esas estrategias ayudan a que los profesionales vayan por el mismo camino y no separados	La escucha musicoterapéutica no es solo la música, no se puede despegar la música del cuerpo, de lo que se está viendo, de los gestos, de cómo está tocando, La escucha musicoterapéutica es todo lo que se ve del paciente. Expresa que los musicoterapeutas tenemos un plus muy grande que nos diferencia los chicos con la música se divierten, juegan y disfrutan la terapia.
Entrevistado 2	La escucha es la intervención que va construyendo un proceso de tratamiento En el caso de la población con ECNE las intervenciones y el tratamiento, o sea la escucha de niños con este tipo de padecimiento, no difiere de la escucha de	Hay modos que pueden favorecer el despliegue expresivo y modos que los pueden obstaculizar, justamente la escucha musicoterapéutica lo que aporta es una sutileza para estas escuchas y para estas producciones. Así qué convoca y qué favorece en un niño la experiencia expresiva está basada en el	La escucha musicoterapéutica es una escucha musicalizada, esto es lo que nos da especificidad e identidad por toda la complejidad que implica la musicalidad humana como condición de la humanidad. No hay otra disciplina que pueda hacer ese tipo de escucha porque no le

	<p>cualquier niño que padece, porque la escucha y el tratamiento va a estar más allá de lo que la patología le implica y le impide, conociéndola en profundidad pero trabajando desde las construcciones vinculares desde esa situación</p>	<p>tipo de vivencias que en el encuentro musicoterapéutico se puedan generar y es una construcción de ese terapeuta y ese paciente.</p>	<p>compete y porque tampoco tiene el cuerpo teórico clínico de la praxis para poderlo desarrollar. Esta es nuestra especificidad, y en esta población aporta lo mismo que a otras poblaciones, una escucha diferenciada de apreciar y trabajar con elementos del discurso, que no son posibles desde lo semántico, no son posibles desde la escucha verbal y no son posibles desde la acción.</p>
<p>Entrevistado 3</p>	<p>Realiza una evaluación directa de las respuestas del paciente en diversos juegos y actividades musicales, más la entrevista personalizada con su madre/padre o tutor y el intercambio con profesionales del equipo tratante. Con la suma de todos estos datos confecciona objetivos a trabajar a corto y largo plazo, varios de ellos cuantificables. .</p>	<p>Las experiencias expresivas o formas de comunicación atípicas tienen muchas veces que ver con la aplicación de métodos alternativos y aumentativos de comunicación o el uso de tecnología asistida. La adaptación de instrumentos musicales y buscar nuevos puntos de acceso en el cuerpo para poder ejecutar con acierto un instrumento es básico en niños con compromiso neurolocomotor severo</p>	<p>La escucha musicoterapéutica es valiosa porque dice mucho acerca de la forma de expresión de una persona, de sus habilidades cognitivas, de sus posibilidades de flexibilidad y exploración, de escuchar al otro y responder o no en consecuencia, etc. La población con ECNE no tiene demasiada variación productiva no se escucha demasiados cambios ni habilidades expresadas. La musicoterapeuta expresa que no prioriza la escucha como una estrategia de intervención</p>
<p>Entrevistado 4</p>	<p>Es particularmente una clínica de estar, de esperar el detalle, de sostener la escena, soportar silencios. Es una forma de habilitar al sujeto para que aparezca su producción discursiva, sus formas de expresión. Requiere de mucha presencia por sus condiciones para poder reconocer al otro, y para poder interactuar con otro, ya que están muy vedadas por aspectos de la patología. Hay que tener en cuenta su patología de base, cuando se hacen determinadas intervenciones, porque si no tiene en cuenta eso puede pasar que los chicos la pasen mal.</p>	<p>La estrategia es poder evaluar desde la escucha, desde la observación del vínculo cual es la necesidad de ese paciente, para poder construir una intervención clínica que sea acorde a sus necesidades. La estrategia es una construcción y requiere un metódico entrenamiento de la escucha de los detalles, del observar las necesidades de los pacientes, y poder ir tomando las sutilezas que nos va ofreciendo ese niño en esa condición en la clínica.</p>	<p>La escucha musicoterapéutica es una escucha que tiene que ver con el detalle expresivo y creativo. Es una escucha de la forma que deviene la expresividad del otro en un vínculo y en determinadas condiciones, pero en el vínculo principalmente. Y es una forma de escuchar aquel aspecto que es sano que no es tocado por la patología.</p>

<p>Entrevistado 5</p>	<p>Las intervenciones y el tratamiento parten del conocimiento de los chicos, de la evaluación de sus fortalezas y debilidades... Los caminos que se plantea tienen que ver mucho con la comunicación, la expresión verbal y sonora, la conexión; la cognición, la función motriz. Trabaja desde las posibilidades de los chicos tomando las fortalezas y desarrollándolas</p>	<p>Utiliza distintos dispositivos para favorecer el registro de la voz y que el sonido que puedan hacer los pacientes sea importante dentro de un contexto musical. La música ayuda proponiendo un ritmo, un tiempo que es motivante en sí para poder realizarlo. Utiliza diferentes técnicas como el PROMT, el uso del metrónomo como organizados de la conducta y para hacer actividades de rehabilitación con instrumentos por ejemplo</p>	<p>Refiere que hay distintos tipos de escucha, hay una escucha más psicológica o más psicoanalítica que no la tiene ejercitada porque es realmente otro tipo de población. Considera que la escucha tiene que ver con la producción que hace el niño.</p>
<p>Entrevistado 6</p>	<p>Las intervenciones se construyen en base a la singularidad de cada paciente y del proceso que se va creando conjuntamente.</p>	<p>Considera que se puede registrar y percibir los propios “impactos” que generan entrar en vínculo con un niño a veces muy afectado desde lo motriz y sensorial para encontrar la plasticidad y tonalidad necesaria para entrar en sintonía con el niño, disponibles con nuestro propio cuerpo, sonoridad y musicalidad. Los diversos recursos y propuestas serán en favor de los recursos expresivos comunicativos del niño.</p>	<p>La escucha del musicoterapeuta da valor comunicante especialmente a la gestualidad sonora y musical del niño, para ir descifrando secuencias, repeticiones, interrupciones, enlaces, etc. Ubicar el valor del gesto espontáneo por sobre lo funcional, dará lugar y perspectiva a la comunicación y favorecimiento de la autoafirmación.</p>
<p>Entrevistado 7</p>	<p>Las intervenciones son dándole espacio al paciente, buscando todas sus posibilidades, de movimiento, de expresión, sus posibilidades de comunicación, sus posibilidades humanas...</p>	<p>Las estrategias remiten al hecho musical, la música por sí misma nos brinda estrategias. No se necesita actividades elaboradas, necesitamos estar ahí con el paciente, poder leer desde lo musical cada una de sus expresiones, aumentarlas, sostenerlas, responderlas. El vínculo establecido con el terapeuta, el vínculo terapéutico es sobre todo lo que va a producir las modificaciones.</p>	<p>La escucha pasa por lo pequeño, por la lectura de lo corporal, de lo gestual, por la lectura de esas situaciones, cada gesto, cada pequeño sonido, cada pequeño suspiro, cada cambio de ritmo respiratorio, nos está dando una señal para que nosotros lo transformemos en música.</p>
	<p>Es importante que el musicoterapeuta haga su evaluación y a partir de esto detecte las prioridades. Dentro de</p>	<p>Hay muchísimas estrategias, pero depende de los intereses y el perfil del niño. Refiere que es interesante trabajar en</p>	<p>Desde la metodología del trabajo de la neuromusicoterapia la escucha representa el ir al encuentro de la persona,</p>

Entrevistado 8	lo que es la línea de base en la cual vamos a diseñar el tratamiento hay que atender a lo que le pasa al paciente con la conexión la música. Cuál es el alcance del estímulo musical y detectar las prioridades terapéuticas. Consensuar con el resto del equipo para que todos trabajemos en la misma dirección...	sostener sus periodos de atención a través de la implementación de técnicas de redirección que tienen que ver con que los estímulos sonoros sean diversos, inesperados a veces que tenga contraste. Convocar experiencias expresivas mediante la agrupación de los niños, expresa que es una combinación perfecta, estimulante de la comunicación activa, para la expresión espontanea, y para ver con los recursos que el paciente tiene.	conocerlo y descubrirlo a través de la música, escuchar, observar, trazar y construir un camino junto a él, a partir de quien es, donde se encuentran sus virtudes y desafíos, proponiendo un hacer, una producción orientada a resolver sus necesidades, evolucionar en su rendimiento, avanzando en sus objetivos terapéuticos. El musicoterapeuta aún todos estos factores y los integra en un hacer funcional, con sentido y significancia para el paciente...
----------------	---	--	--

EJE e) Interdisciplina	PREGUNTA 10	PREGUNTA 11
Entrevistado 1	Expresa que es fundamental trabajar en forma interdisciplinaria, no hay musicoterapia sino hay un trabajo interdisciplinario. Sin el trabajo interdisciplinario no se podría hacer el tratamiento correcto.	El trabajo interdisciplinario aporta la visión de cada uno, en las reuniones con otros profesionales se puede observar cosas, escuchar cosas que no se habían observado acerca del paciente.
Entrevistado 2	Se refiere al trabajo interdisciplinario más desde las redes. Suele asociarse lo interdisciplinario al trabajo de un equipo armado a priori antes del paciente, y la interdisciplina es un posicionamiento, un elogio a la falta, y desde ese lugar de reconocerse carente es que se puede pensar que trabajando con otro, el aporte puede ser mucho más integral. Lo que le aporta la musicoterapia a un armado interdisciplinario es una identidad, una manera de escuchar, una apreciación de lo que al sujeto le sucede que es original y propio, y a su vez se nutre de aquellas otras posiciones de otras disciplinas	La escucha musicoterapéutica va a estar siempre atravesada por el conocimiento de lo que al sujeto le sucede, desde un conocimiento profundo de lo que significa una encefalopatía crónica no evolutiva, hay integrantes de un equipo interdisciplinario que vienen de un origen rehabilitador desde lo que nos podemos nutrir, el porqué de algunas manifestaciones observables en un niño gravemente afectado como para no negar que eso sigue siendo una producción del niño pero también conocer cuestiones básicas y no caer en un pensamiento mágico y sobre interpretar producciones como voluntarias cuando no lo son, o interpretar de acuerdo a un conocimiento vago de lo que implica la neuromotricidad
Entrevistado 3	No se puede pensar en el trabajo con niños con ECNE sin pensar en comunicarse con su equipo tratante tanto para escuchar como para comentar sobre su visión del tratamiento y aportar en ida y vuelta. La musicoterapia debe comunicar en términos no musicales resultados observados por que las otras disciplinas puedan entender de lo que estamos hablando.	Prestar atención a los comentarios de los profesionales del equipo decir, de allí pienso que estrategias apuntan a trabajar los objetivos que planteamos en el equipo. Me parece importante que el niño pueda generalizar los aprendizajes, que tenga variadas y gratas experiencias para la "práctica" de habilidades en aprendizaje.

Entrevistado 4	La mayor parte de las instituciones, especialmente las instituciones grandes tienen un gran déficit de interdisciplina, por lo general el abordaje es multidisciplinario. Ha trabajado en un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos que implicaba intercambio interdisciplinario, comunicación, elaboración de estrategias.	Que aportamos nosotros desde la interdisciplina? Justamente aportamos esta posibilidad de construir a partir de aquellos aspectos que son sanos del sujeto que hablábamos antes.
Entrevistado 5	El trabajo en AEDIN es interdisciplinario, quizás hay fallas en lo que hace a las reuniones, hay dificultad para ponernos objetivos juntos. Pero si uno tiene la posibilidad de hablar con distintos terapeutas	La música aporta esta particularidad que se trabaja en los dos hemisferios, entonces hay una plasticidad neuronal, y esto es a lo que se apunta. El aprendizaje también tiene que ver mucho con las otras disciplinas. Por ej. con fonoaudiología, lo que es comunicación y el uso de dispositivos para comunicarse
Entrevistado 6	Es responsabilidad de todos los profesionales que promuevan un trabajo de interdisciplina. Poder escuchar y ser escuchado, pensar con otros, discutir “a tiempo” situaciones que son emergentes.	Es necesario hacer un trabajo conjunto con el profesional en psicología para hacer lugar a los padres o referentes vinculares propiciando vínculos saludables del niño con la familia. Contar con el asesoramiento de kinesiólogos y Terapistas Ocupacionales en lo postural para cada niño facilita que los recursos e intervenciones que se pongan al servicio de la comunicación del niño, sean más efectivos.
Entrevistado 7	Obviamente que hay un aporte, al ser interdisciplinario para mí también es multidisciplinario. En el equipo interdisciplinario, todos pueden y deben aportar	Los musicoterapeutas aportan que se pueda prestar atención a los tiempos de respuesta al paciente, que se cuide el ambiente sonoro y el tipo de vínculos que se establece con el niño.
Entrevistado 8	El trabajo interdisciplinario es el abordaje ideal para un niño multi impedido o que tienen muchos desafíos en las diferentes áreas a trabajar. El musicoterapeuta le requiere poder hacer un intercambio en cada área específica en particular, tanto para recibir pautas desde las otras disciplinas como para brindar pautas. Pero hay que poder tener una visión general del paciente en su nivel de funcionamiento en las distintas áreas, para determinar las prioridades, la dirección de las intervenciones y objetivos que se van a trabajar. El espacio de sesión de musicoterapia es tan integral que posibilita abordar cada área.	Las pautas que brinden otras especialidades son pautas que también se pueden implementar en todas las actividades. Siempre se trabaja de esta manera tomando pautas y brindando pautas de cada especialidad, siempre teniendo el objetivo de facilitar y brindar las mejores respuestas del paciente

5.2 Diálogo y reflexiones:

Todos los profesionales entrevistados presentan experiencia clínica y trabajan actualmente con niños con ECNE en diferentes ámbitos: área educativa terapéutica, clínica y rehabilitativa. Como musicoterapeutas a todos los convoca atender al padecimiento de los niños y favorecer experiencias que habiliten posibilidades de alivio, se vislumbra en cada uno de los entrevistados diversos criterios de valoración de la especificidad musicoterapéutica, de cómo se presenta el padecimiento en los niños con ECNE y los posibles objetivos, intervenciones y abordajes terapéuticos.

A grandes rasgos podemos distinguir diversas modalidades atencionales musicoterapéuticas en niños con ECNE, tanto en la forma de concebir la praxis musicoterapéutica, como en la formación y las diversas conceptualizaciones que por consiguiente se desprenden.

En la primer parte del análisis de las entrevistas observamos que los entrevistados que adhieren o se inclinan parcialmente al paradigma de la rehabilitación en las respuestas sobre los los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad y la relación con los paradigmas de abordaje en musicoterapia no han desarrollado y distinguido los diferentes paradigmas históricos, inclusive algunos musicoterapeutas han omitido la respuesta y al reformulársela han respondido que no entendían la pregunta, y no conocían sobre paradigmas .Las musicoterapeutas que trabajan desde el modelo de neurorehabilitacion refieren en la respuesta acerca de los paradigmas atencionales en discapacidad que utilizan la clasificación internacional del funcionamiento, la CIF (clasificación internacional del funcionamiento) como la herramienta de mayor reconocimiento mundial para evaluar procesos de prevención, rehabilitación y reinserción. La elección de esta herramienta en la clínica musicoterapéutica da cuenta de la importancia de la construcción de un abordaje

musicoterapéutico para la recuperación o afianzamiento de la funcionalidad del sujeto, de las fortalezas y de las capacidades descendidas o comprometidas.

Analia Luis desarrolla

(...)en neurorehabilitacion manejamos la clasificación internacional del funcionamiento, la CIF, que permite una mirada integral y global del individuo, es decir, qué está pasando en el cuerpo, en lo orgánico y en lo biológico, qué está pasando en lo personal, y que está pasando en lo social, que son todas dimensiones del sujeto que hacen a que su dificultad y que su fortaleza hagan un intercambio, se pongan en juego en distintas situaciones, qué recursos personales tiene esta persona, qué soporte psicosocial tiene, en qué ambiente se maneja(...). Esto es muy importante: hacer una lectura del sujeto en sus fortalezas y debilidades y del sujeto en la vida que tiene, en la vida que elije(...)Es una mirada todavía más amplia que uno comienza a incorporar, y yo lo interpreto como dimensiones, que para cada individuo es un interjuego de multidimensiones de factores que se ponen en la balanza, los positivos y los que no son tan beneficiosos y que justamente hay que trabajar y enfocar para que el individuo pueda tener una vida plena y una buena calidad de vida (Comunicación personal,6 de marzo del2017)

Los musicoterapeutas con formación en el modelo de neurorehabilitacion expresan que el Musicoterapeuta que trabaja con niños con compromiso neuromotor debe proveerles de nuevas formas de ejecución musical, de funcionamiento motor activo cuyo éxito sea conseguir que un instrumento pueda sonar, que un sonido pueda ser vocalizado, brindar formas de participación activa en las actividades musicales. Se vislumbra como característica de este paradigma de abordaje una fuerte valoración de la música, las capacidades musicales, del accionar y de la ejecución sonora musical instrumental vocal.

Desde este enfoque uno de los entrevistados que trabaja desde el modelo de musicoterapia neurorehabilitativa refiere que la escucha musicoterapéutica es valiosa porque dice mucho acerca de la forma de expresión de una persona, de sus habilidades

cognitivas, de sus posibilidades de flexibilidad y exploración, de escuchar al otro y responder o no en consecuencia, pero no se prioriza la escucha como intervención. (Ver citas textuales p.57 y p.59)

Los recursos propios de la musicoterapia son mencionados dentro del desarrollo de las diferentes técnicas específicas del modelo neurorehabilitativo.

Las estrategias terapéuticas son definidas como la aplicación de determinadas técnicas, dispositivos tecnológicos y adaptaciones.

La musicoterapia que se define rehabilitativa adhiere a la importancia del trabajo interdisciplinario fundamentando que es el abordaje adecuado para un niño multi impedido o que tienen muchos desafíos en las diferentes áreas a trabajar requiriendo una mirada integral y multidimensionalidad que provee justamente la música.

Desde esta conceptualización de la musicoterapia trabajar interdisciplinariamente tiene que ver con el intercambio de las diferentes áreas específicas. Tener una visión general del paciente en su nivel de funcionamiento en las distintas áreas, de las prioridades y de la dirección de las intervenciones y objetivos que se van a trabajar. La interdisciplina es definida desde el intercambio con los otros profesionales brindando pautas para favorecer las mejores respuestas del paciente dando importancia a generalizar el aprendizaje en las diferentes áreas. El aporte que brinda la musicoterapia desde su especificidad al equipo terapéutico es a partir de la música que brinda una mirada integral y multidimensional.

Analia Luis refiere

La multidimensionalidad de la música nos permite tener alcance en todas las áreas, por lo que el musicoterapeuta puede hacer un intercambio con cada disciplina en particular, relacionada a cada área específica, tanto para tomar pautas desde las otras disciplinas que enriquezcan nuestro trabajo como para brindar pautas desde nuestra especialidad, es una bidirección esto. Pero hay que

si poder tener una visión general del paciente en su nivel de funcionamiento en las distintas áreas, para determinar las prioridades, definir exactamente el trabajo terapéutico que se va a brindar, definir la dirección de las intervenciones y objetivos que se van a trabajar, para trabajar en bloque con las diferentes disciplinas. Me ha pasado que hay chicos que tienen respuestas en actividades musicales que no se dan en otros contextos. (Comunicación personal, 6 de marzo de 2017)

También nos encontramos en las respuestas de algunos de los entrevistados abordajes cuyo posicionamiento clínico y conceptual de la musicoterapia toma de diferentes paradigmas y modelos no logrando precisar un marco referencial. En las respuestas de los musicoterapeutas que adhieren a este tipo de abordaje se vislumbra un mayor desarrollo, fundamentación y delineamiento en la función del musicoterapeuta a partir de la implementación de varios modelos (Tahut, Nordoff Robins, Modelo analítico Mary Priestley) o parte de ellos, utilización de algunas técnicas, recursos e intervenciones delineando una especificidad musicoterapéutica.

Ralf Niedenthal afirma

No soy partidario de los métodos o modelos, si esta bueno conocerlos todos, me inclino hacia Tahut y Nordoff Robins, pero no son modelos que los use fijamente. Para mí los modelos hacen que muchas veces uno no pueda trabajar libremente y no pueda ver otras cosas. Yo soy de la escuela de conocer a la persona que tengo enfrente de mí y ver con que emergente viene y trabajar a partir de ahí, y utilizar distintas cosas de los distintos modelos. Muchas veces utilizar un modelo no te deja ver, no te deja ver el bosque, te deja ver nada más el árbol, y a veces, a veces, eso no está bueno. Así que no soy partidario de un modelo específico como te dije anteriormente, es bueno conocerlos, tomar algunas cosas de Nordoff Robins, algunas cosas de Tahut, pero no utilizo uno específico. (Comunicación personal, 8 de octubre del 2016)

Dentro de los objetivos de este posicionamiento se le da importancia a mejorar las capacidades funcionales en la ejecución instrumental y vocal con algunos desarrollos de aspectos ligados a la expresividad y a lo vincular dentro de un contexto musical.

Desde estas formas de abordajes que combinan diferentes enfoques la escucha musicoterapéutica es definida desde la acción de escuchar las producciones del niño, está relacionada con lo que el niño produce y hace.

Desde este posicionamiento que integra diferentes marcos conceptuales y modelos: Los recursos propios de la musicoterapia son la música, el sonido, el movimiento, el silencio, los instrumentos musicales, y las adaptaciones tecnológicas. Las estrategias terapéuticas son definidas desde la implementación de estos recursos. Uno de los entrevistados expresan además que parte de las estrategias es también reunirse con el equipo terapéutico.

Cora Levinson refiere

Los recursos propios de la musicoterapia, son para mí, en primer lugar la música, el silencio, los sonidos y las vibraciones percibidas como sonido, después trabajo desde la improvisación libre. Me dicen: “Pero el niño apenas puede...”, bueno, el niño apenas puede y desde el apenas puede, comienzo a improvisar sobre lo que él hace, sea un pequeño movimiento, un guiño. He trabajado alguna vez con el Sound Bean en España, que es un software que a través de sensores motores percibe el movimiento mínimo de la ceja por ejemplo, de los ojos, y a través de él el niño va pudiendo hacer sus sonidos.(Comunicación personal, 2 de diciembre de 2016)

Silvia Samaniego expresa

Los dispositivos con salida de voz como el stepbystep , el bicmac que los usos muchísimo porque ante la no posibilidad del lenguaje hablado viene muy bien para la participación, toma de turnos, coordinación óculo manual, intención motora entre otras cosas. Lo que busco en muchos casos es que el sonido que puedan hacer sea importante dentro de un contexto musical. (...). Utilizo otra técnica que

tiene que ver con fonoaudiología que es el PROMT (...) Otro aspecto que estoy tomando bastante es el ritmo, el año pasado hice una capacitación de musicoterapia neurológica y me pareció muy interesante como toma el uso del metrónomo para hacer actividades de rehabilitación con instrumentos por ejemplo (... Es un organizador incluso en la conducta también. (Comunicación personal, 2 de febrero del 2017)

Por otro lado diferenciamos abordajes musicoterapéuticos en niños con ECNE ligados a un paradigma de salud mental donde la forma de pensar y de abordar las problemáticas humanas es a partir de la escucha singular del sujeto para favorecer la producción subjetiva, por sobre la recuperación de lo funcional.

Los musicoterapeutas que refieren un posicionamiento ligado a un paradigma de salud mental distinguen diferentes paradigmas históricos de discapacidad. Expresando que esta contextualización histórica y actual de los abordajes en musicoterapia en el desarrollo de los paradigmas atencionales permite trazar relaciones e implicancias en las diversas formas de pensar la infancia, la discapacidad, los modos de atención y los paradigmas de abordaje musicoterapéuticos.

Alejandra Giacobone expresa

Obviamente que hay una línea de tiempo con paradigmas del desarrollo de la musicoterapia como disciplina, de la profesionalización de la musicoterapia en el ámbito de la salud, de los modos de pensar en la infancia y de los modos de considerar la discapacidad y por lo tanto la salud. Por lo tanto todos estos ejes de musicoterapia, discapacidad, infancia, salud han ido modificándose y relacionándose por similitud y por diferencias. (...) hay un desarrollo acerca de los modos de abordar la discapacidad que es un poco lo que respondí en la pregunta anterior, que van evolucionando desde la exclusión, del retiro del enfermo, del discapacitado, del diferente, del mundo cultural y social, pasando por la búsqueda infame de recuperarlo, rehabilitarlo para normalizarlo, para que se parezca y/o para que logre lo mismo que los que no son discapacitados, evolucionando hacia la autoconfianza, la autodeterminación, las capacidades de incluirse y de integrarse con su núcleo y grupo social, cultural, epocal, etario, educativo, recreativo, laboral y demás. Esto obviamente va junto con el desarrollo

de la musicoterapia, que surge como una práctica más ligada a la música funcional, a la aplicación de música para que las personas se sientan un poquito mejor, o a la enseñanza musical de las personas con discapacidad; nada más lejos que lo que hoy la musicoterapia tiene para decir como especificidad y ahí va evolucionando. Yo esto lo describo como una evolución de la “actividad terapéutica a la tarea clínica”, (...) a diferencia de la construcción de una tarea clínica donde hay una preparación profesional, un trabajo de escucha, una formación de la escucha de los discursos sonoros y subjetivos jugados en una producción estética para los fines del intercambio y del despliegue de la interioridad. (Comunicación personal, 16 de noviembre del 2016)

Los musicoterapeutas que presentan este posicionamiento se han referido a que no adhieren a la utilización de modelos musicoterapéuticos ni técnicas porque estrechan y condicionan la escucha musicoterapéutica.

Expresan que la función del musicoterapeuta es escuchar las formas expresivas de las producciones de un niño que dan cuenta de su singularidad y subjetividad dentro de un sostén vincular. La escucha musicoterapéutica es lo que le da especificidad a la disciplina. (Ver cita textual p.66)

La función del musicoterapeuta es escuchar, el recurso privilegiado y la intervención es la escucha que da valor comunicante a las producciones expresivas del niño. Las producciones expresivas sonoras son consideradas como potencialmente comunicantes y subjetivantes. Las estrategias terapéuticas se van construyendo en el encuentro y dentro del sostén vincular singular, no hay un armado previo para las mismas. (Ver cita textual p. 86)

Desde esta conceptualización del hacer musicoterapéutico y en relación a los aportes del equipo interdisciplinario en la construcción de estrategias clínicas, y aspectos desde la especificidad que brinda la musicoterapia al equipo, los profesionales entrevistados expresan la importancia de trabajar en forma interdisciplinaria. Refieren que hay

distinciones en relación a la definición de interdisciplina , donde suele asociarse lo interdisciplinario al trabajo de un equipo armado a priori antes del paciente, y desde esta conceptualización la interdisciplina es valorada como un posicionamiento desde ese lugar de reconocerse carente y en donde se puede pensar que trabajando con otro el aporte puede ser mucho más integral Es tomar aportes e información de las otras disciplinas del equipo terapéutico que desde su especificidad favorezcan pautas sobre aspectos a tener en cuenta del compromiso neuromotor de los niños

Desde este paradigma de abordaje musicoterapéutico lo que le aporta la musicoterapia a un armado interdisciplinario es una identidad, una manera de escuchar, “*una apreciación de lo que al sujeto le sucede que es original y propio y a su vez se nutre de aquellas otras posiciones de otras disciplinas*” (Giacobone, comunicación personal, 16 de noviembre del 2016). Es poder trabajar con el equipo terapéutico del niño en función habilitar un lugar a los padres o referentes vinculares propiciando vínculos saludables del niño con la familia.

Alejandra Giacobone desarrolla

Lo que aporta justamente la musicoterapia al equipo interdisciplinario es esto, la especificidad de lo que venimos desarrollando, le aporta a un armado interdisciplinario una identidad, una manera de escuchar, una apreciación de lo que al sujeto le sucede que es original y propio y a su vez se nutre de aquellas otras posiciones de otras disciplinas, esto no lo estoy diciendo desde un lugar de que esto es siempre positivo, a veces es muy complicado poner en acuerdo la escucha o la comprensión que cada disciplina tiene sobre lo que a una persona le sucede, pero bueno esto es parte justamente de lo que un profesional de la salud sea de la disciplina o profesión que sea, tiene que trabajar para poder construir con el otro.(Comunicación personal,16 de noviembre del 2016)

A partir de esta revisión y de las relaciones que fuimos haciendo entre las respuestas de la matriz podemos ir aproximándonos a pensar diversas características que delinear las múltiples líneas de abordaje de los musicoterapeutas entrevistados.

Distinguimos que en la actualidad la praxis de la musicoterapia en niños con ECNE está construida desde diversos posicionamientos y formaciones, que conceptualizan al sujeto, a la musicoterapia, a la clínica y a la escucha musicoterapéutica en forma diferente, y por consiguiente delinear una especificidad musicoterapéutica de acuerdo a cada posicionamiento.

Desde este análisis desarrollado podemos trazar tres posicionamientos que surgen de la matriz de datos:

Un paradigma de abordaje rehabilitativo, un paradigma que toma de diversos modelos y no presenta un marco referencial propio, y un paradigma ligado al paradigma de salud mental, cada uno de estos paradigmas que fuimos describiendo se diferencian conceptualmente en la manera de concebir al sujeto, la clínica musicoterapéutica, las intervenciones, las estrategias terapéuticas .

La definición de escucha musicoterapéutica desde los diversos paradigmas musicoterapeuticos presenta diferentes valorizaciones y conceptualizaciones. Los musicoterapeutas formados en el modelo neurorehabilitativo definen a la escucha musicoterapéutica como algo valioso porque dice mucho acerca de la forma de expresión de una persona, de sus habilidades cognitivas, de sus posibilidades de flexibilidad y exploración, de escuchar al otro y responder o no en consecuencia, pero no prioriza la escucha como intervención .La escucha está al servicio de los objetivos rehabilitativos, mediante la aplicación de técnicas y recursos para la recuperación o mejora de habilidades funcionales cognitivas comunicativas expresivas.

Los musicoterapeutas que toman de diferentes paradigmas y modelos de musicoterapia la escucha musicoterapéutica es definida desde la acción de escuchar las producciones del niño, está relacionada con lo que el niño produce y hace. Distinguen los recursos

propios de la musicoterapia como la música, el sonido, el movimiento, el silencio, los instrumentos musicales.

Los musicoterapeutas que adhieren a un paradigma de salud mental expresan que la función del musicoterapeuta es escuchar, es una escucha singular (no generalizable) de las producciones expresivas, el recurso privilegiado y la intervención es la escucha, desde este paradigma de abordaje las producciones expresivas sonoras son consideradas como potencialmente comunicantes y subjetivantes. *“Una oportunidad absolutamente diferente de escuchar tanto el padecimiento como la producción humana desde un traslado de la audición a la escucha que es un trabajo que hace el musicoterapeuta consigo mismo. La importancia del musicoterapeuta que va trabajándose a sí mismo como instrumento de escucha.”*(Alejandra Giacobone, comunicación personal, 16 de noviembre de 2016)

CONCLUSIONES

Claro está que hay gestos irreconciliables: el juzgar, la violencia de la lengua desatada, el vozarrón, el desprecio, la burla sobre el cuerpo del débil y la nula voluntad de escuchar.

También hay gestos indiferentes: ponerse de espaldas, mirar hacia otro lado, ocultar la farsa, disimular el dolor del mundo, insistir con la torpe felicidad individual en medio de lo trágico.

Sin embargo de gestos suaves, algo decididos y a la vez frágiles se hace la vida: acompañar, habilitar, abrigar, convidar, hospedar, titubear, añorar cierta alegría aún en medio de un campo de batallas. Yo prefiero la vida de gestos frágiles, por verdadera.

Y no la vida de los gestos ampulosos, pero ausente.

Carlos Skliar

CAPITULO 6

6.1 La escucha musicoterapéutica

Los Musicoterapeutas escuchamos las producciones que se realizan en el escenario clínico, en el acto de escuchar atendemos y alojamos la singularidad de cada niño.

Pensamos en un abordaje musicoterapéutico que no niega el compromiso neuromotor de base ni los aportes interdisciplinarios, pero complejiza su escucha desde lo vincular en el encuentro con la expresión y el sonar del niño. En la clínica musicoterapéutica nos encontramos con niños con una organicidad que no podemos negar. La escucha va a estar atravesada por el conocimiento de lo que al sujeto le sucede, tiene que contemplar las necesidades y dificultades que atraviesan los niños con ECNE, entendiendo que dicho compromiso clínico es también condicionante de su producción.

Complejizar la escucha implica atender y deconstruir los condicionamientos de producción contextual, textual y clínica desde donde se constituyen los diferentes paradigmas de abordaje musicoterapéutico en niños con ECNE.

6.2 Acerca de los procesos de construcción de la escucha musicoterapéutica.

La escucha musicoterapéutica para que se constituya en una intervención facilitadora de experiencias expresivas que favorezcan y alojen la condición de niño y de infancia, requiere de ciertos procesos que fuimos desarrollando y conceptualizando a lo largo de esta investigación:

1) *La importancia de desandar y analizar el contexto de los paradigmas atencionales y la relación con los diferentes abordajes musicoterapéuticos en niños con ECNE.*

Sus implicancias en la concepción de sujeto, en la construcción de subjetividad, y de la praxis.

Tomando los aportes del cuerpo teórico y el análisis de las entrevistas podemos describir tres posicionamientos musicoterapéuticos:

Un paradigma de abordaje rehabilitativo, un conjunto de prácticas terapéuticas que se caracteriza por la articulación de diversos modelos y no presenta un marco referencial propio y un paradigma ligado a la salud mental. Cada uno de estos posicionamientos que fuimos describiendo se diferencian conceptualmente en la manera de pensar al sujeto, la clínica musicoterapéutica, la escucha musicoterapéutica, las intervenciones y las estrategias terapéuticas.

En los niños con ECNE cuyos abordajes terapéuticos transcurren generalmente en ámbitos con una impronta rehabilitativa, podemos vislumbrar diversos posicionamientos:

Por un lado, una musicoterapia cuyo abordaje se basa principalmente en la recuperación y rehabilitación. La función del musicoterapeuta desde este paradigma se aproxima a contribuir al plan terapéutico pensado por el equipo terapéutico rehabilitativo, su escucha tiende a los alcances de las incumbencias disciplinares rehabilitativas. Las intervenciones y las estrategias terapéuticas son construidas mediante la implementación de técnicas y actividades para favorecer los objetivos recuperativos planteados. La escucha está al servicio de los objetivos rehabilitativos, mediante la aplicación de técnicas y recursos para la recuperación o mejora de habilidades funcionales cognitivas comunicativas expresivas.

Nos encontramos también con una musicoterapia que toma de diferentes paradigmas y modelos de musicoterapia donde combinan varios enfoques. La escucha musicoterapéutica es definida desde un hacer para, la acción de escuchar las

producciones del niño está relacionada con lo que el niño produce y hace. No hay desarrollo en el análisis conceptual de la escucha musicoterapéutica. Distinguen los recursos propios de la musicoterapia como la música, el sonido, el movimiento, el silencio, los instrumentos musicales. Haciendo un fuerte hincapié en la producción sonora musical vocal.

En este conjunto de prácticas que relaciona diversos modelos predomina el uso de técnicas tomadas del modelo Tahut, el Neurorehabilitativo, el Modelo analítico Mary Priestley, y el Nordoff Robins, delinea una especificidad musicoterapéutica heterogénea desde donde se intenta articular diferentes maneras de pensar al sujeto y a la clínica. Se le da importancia a mejorar las capacidades funcionales en la ejecución instrumental y vocal con algunos desarrollos de aspectos ligados a la comunicación, a la expresividad, a lo relacional, a lo vincular y a lo lúdico.

2) Deconstruir los paradigmas de abordaje a los que como musicoterapeutas adherimos y desde donde construimos un posicionamiento clínico. Interpelar sobre nuestros propios condicionamientos que podrían interferir en la posibilidad de escucha.

A partir del análisis de las entrevistas a musicoterapeutas que trabajan con la población de nuestra investigación, podemos inferir diferentes construcciones de escucha musicoterapéutica desde los diversos paradigmas atencionales, donde se desprenden múltiples formas de intervenir de acuerdo a cada posicionamiento clínico: un abordaje rehabilitativo cuyas intervenciones priorizan las manifestaciones expresivas de los niños desde lo rehabilitativo funcional; un abordaje musicoterapéutico que toma de varios modelos cuya escucha si bien valoriza la importancia de la producción expresiva musical no es definida como una intervención en si misma favorecedora de experiencias subjetivantes; y un paradigma de abordaje que define a la escucha como intervención

que aloja las manifestaciones expresivas dándoles categoría de discurso comunicante . Desde este posicionamiento la escucha musicoterapéutica es la intervención que valoriza la expresividad y lo vincular como constitutivo de la subjetividad.

Complejizar la escucha supone un dialogar frente a las diferentes perspectivas atencionales en la clínica musicoterapéutica de niños con ECNE. Deconstruir en nosotros como musicoterapeutas aquellos condicionantes que se desprenden de paradigmas cuyas estrategias terapéuticas, recursos e intervenciones, conceptualizan a priori a los sujetos y a la clínica. Y construir nuestro hacer a partir de la singularidad y complejidad de los niños que atendemos.

-3) Diferenciar la escucha como intervención que habilita espacios para el despliegue expresivo- subjetivo del niño, y la escucha como aplicativo de técnicas al servicio de lo rehabilitativo que opera desde el déficit y recuperativo.

La distinción entre técnica e intervención en la constitución y formalización de la escucha es una diferencia de paradigmas: la técnica supone y confiere cierto saber previo del terapeuta sobre el niño, transformándose este último en depositario pasivo de la aplicación de conocimientos técnicos, donde lo recuperativo en relación a un déficit es central. La intervención en cambio se construye a partir de las producciones que se generan en el escenario vincular habilitando al niño como sujeto activo que interactúa y se expresa en su sonar con otro y desde el encuentro con sus aspectos saludables.

4) Conceptualizar sobre la especificidad musicoterapéutica en el abordaje de niños con ECNE como una escucha del detalle, una escucha de lo pequeño que rescata lo sutil de las manifestaciones expresivas como potencia subjetiva.

El abordaje musicoterapéutico se enmarca dentro de una escucha de *la clínica del detalle*. La población de nuestra investigación son niños que presentan un compromiso, cuyas características e implicancias son condicionantes de su producción. Las posibilidades de iniciativa, espontaneidad y continuidad en sus producciones expresivas se ven condicionadas por su problemática de base. Las estrategias e intervenciones se construyen desde esta complejidad que pone en juego diferentes componentes (la producción expresiva, sus constantes y variaciones, el vínculo e información de su compromiso su compromiso de base)

La escucha del musicoterapeuta implica una suspensión de conocimientos técnicos, tiene que estar despojada de preconceptos, silenciosa y sensible al encuentro del niño con sus gestos, sin anteponer ningún conocimiento que clausure sus producciones expresivas (sin instruir, estimular, disciplinar, enseñar música, modelizar, moralizar...), en un contexto donde la sutileza de lo expresivo puede transformarse en un acontecimiento subjetivante.

En el transcurso de esta investigación nos fuimos aproximando en una de las viñetas presentadas a la construcción de un escenario vincular a partir de una escucha del detalle, de las pequeñas manifestaciones expresivas de Luciana: la respiración, silencios, movimientos ,quietud y miradas , donde hubo esperas de la musicoterapeuta y de la niña, sostén desde la pauta del patrón respiratorio con acuerdos que fueron variando la producción expresiva, y desde una secuencia rítmica del patrón respiratorio como manifestación expresiva de la niña.

Como el encuentro musicoterapéutico con Bruno: La escucha habilitando un espacio para que el niño se vivencie en sus manifestaciones, sensaciones, expresiones a través del vínculo con el terapeuta, rescatando las pequeñas iniciativas, la novedad, lo inédito. Las iniciativas que generan vivencias en un proceso terapéutico y que sostenido desde

lo vincular, se transforman en nuevas posibilidades de construir experiencias vinculares, relacionales, expresivas y discursivas.

La escucha es una intervención que aloja y rescata las manifestaciones expresivas del niño, habilitándolo en una posición activa donde puede apropiarse de su discurso, de su sonar, desde un pequeño resoplido, una mirada fugaz, un detenimiento, su silencio. En esa conformación vincular la escucha del musicoterapeuta sostiene, espera, rescata y acompaña.

Definimos la función del musicoterapeuta como el acto de escuchar las formas expresivas de los niños como potenciales espacios de singularización de la experiencia vincular, y de distinguir aquellas manifestaciones estáticas que condicionan y cercenan las posibilidades subjetivas y que operan en múltiples dimensiones y contextos. La escucha musicoterapéutica en su construcción formal y sensible atendiendo a la sutileza de un gesto, un pequeño movimiento, un respirar.

6.3 Sobre la escucha como intervención en la clínica de niños con ECNE

En función de lo desarrollado en la investigación, y retomando la idea directriz sostenemos que la conceptualización de la escucha musicoterapéutica como intervención, teniendo en cuenta los procesos que describimos en la primer parte de las conclusiones, es un acto subjetivante en si misma que facilita un escenario vincular en el cual se despliega un discurso que da cuenta de un sujeto y de su singularidad. Este espacio favorece la posibilidad de que el niño pueda desplegar su expresión, reconocerse en las diferencias, en la novedad de las variaciones, desplazamientos de sus producciones, para apropiarse de un lugar discursivo diferente. Apropiación que se produce desde sus manifestaciones en el escenario vincular y a partir de una escucha que atiende al despliegue de los aspectos sanos, y moviliza, pregunta y deconstruye aquellos del orden del padecimiento.

Posicionarnos desde una praxis musicoterapéutica en una escucha facilitadora de experiencias subjetivantes requiere un continuo reconocimiento, deconstrucción y construcción de los modos de pensar y hacer clínico. Acompañando y alojando desde nuestra especificidad musicoterapéutica el despliegue expresivo del niño, y en el marco de los avatares de la configuración vincular y subjetiva humana, entendiendo que las experiencias subjetivantes acontecen con un otro en relación y en una escucha.

Una Musicoterapia que amplía los contextos de escucha tendiendo a la complejidad de la misma, que en contraposición al conocimiento estático y definido previamente bajo determinados modelos, técnicas y búsquedas de certezas, transita la incertidumbre. Las producciones expresivas son escuchadas desde un entramado vincular multidimensional, cuyas estrategias terapéuticas se sostienen en la pregunta por el sujeto.

Creemos necesario interrogarnos sobre los procesos de construcción de la escucha en musicoterapia, distinguiendo por un lado aquellos del orden del disciplinamiento y condicionamiento , y por otro la escucha que se constituye como una intervención, como una práctica libertaria de la subjetividad.

Es imperioso retomar la valoración de una escucha sensible, subversiva, lo más autónoma posible de constructos y de paradigmas de abordaje que la han tecnificado, disciplinado y sobrecodificado. Reflexionar sobre el riesgo de desconocer las posibilidades de clausura subjetiva se produce al estrechar y tecnificar el sonar de un niño.

Concebir la escucha como una intervención subjetivante en sí misma no se refiere solo a una conceptualización o posicionamiento clínico sino también ético.

La escucha musicoterapéutica en niños con ECNE es una intervención que va inaugurando un espacio de encuentro en donde las manifestaciones, pequeñas, fugaces, sutiles en sus micro movimientos, desplazamientos y silencio, son alojadas desde una vincularidad fundante de creaciones y recreaciones de gestos que se transformarán en actos subjetivantes, en ejercicios de libertad. Una permanente búsqueda del escuchar como un acto ético, que en su acción permite facilitar la movilidad subjetiva por parte del niño, que en sus expresiones está haciendo una apuesta vital.

Escuchar es inseparable de hacerse escuchar.

Pierre Schaeffer

GLOSARIO

Polihidramnios: El Polihidramnios es líquido amniótico excesivo; se asocia con complicaciones maternas y fetales. El diagnóstico es mediante la medición ecográfica de líquido amniótico. Los trastornos maternos que contribuyen al Polihidramnios se tratan. Si los síntomas son graves o si se producen contracciones prematuras dolorosas, el tratamiento también puede incluir la reducción manual del volumen de líquido amniótico. El volumen de líquido amniótico no se puede medir directamente de forma segura, excepto tal vez durante el parto por cesárea. Por lo tanto, el exceso de líquido se define indirectamente utilizando criterios ecográficos, por lo general el índice de líquido amniótico (ILA). El ILA es la suma de la profundidad vertical del fluido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA son de 5 a 25 cm; valores > 25 cm indican Polihidramnios. (Merck Sharp & Dohme Corp., 2018)

Encefalopatía Hipóxico isquémica: La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es un cuadro anatomoclínico caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a la falta de oxígeno por cese de flujo sanguíneo cerebral. La severidad de las lesiones se correlaciona con la duración de la falta de oxígeno, y se estima que a partir de 4-5 minutos de anoxia las lesiones son irreversibles. (P. de la Riva, 2011)

Vía Piramidal: La **vía piramidal** o tracto piramidal son un grupo de fibras nerviosas que nacen en la corteza cerebral y terminan en la médula espinal. Dirigen el control voluntario de la musculatura de todo el cuerpo. Esta vía incluye dos tractos: el cortico espinal y el cortico bulbar. El primero finaliza en el tronco cerebral, y el segundo en la médula espinal.

La vía piramidal es una vía descendente, es decir, que envía impulsos desde el cerebro hasta las neuronas motoras del organismo. Éstas últimas inervan directamente los músculos para que podamos moverlos. Se diferencia de la vía extrapiramidal en que ésta dirige el control muscular involuntario y automático como la coordinación, el equilibrio, el tono muscular, la postura, etc. No hay sinapsis (conexiones neuronales) dentro de la vía piramidal. Los cuerpos de las células están en la corteza cerebral, o bien en el tronco cerebral. Las neuronas de esta vía se denominan neuronas motoras superiores. Ya que, una vez finalizada, conectan con neuronas motoras inferiores que controlan directamente los músculos. (Silvàn, 2017)

Vía Piramidal: Vía del sistema nervioso, poli sináptica, que incluye los núcleos basales y los núcleos subcorticales relacionados, que intervienen en el comportamiento motor.

Esta vía controla principalmente la actividad postural estática, mientras que la vía piramidal interviene fundamentalmente en los movimientos voluntarios.

La vía Extrapiramidal está formada por una red de neuronas localizadas en regiones específicas del encéfalo y del tronco encefálico, tales como núcleos basales, formación reticular, núcleos vestibulares y núcleo rojo. Los neurotransmisores implicados en la función de la vía Extrapiramidal son dopamina, serotonina, acetilcolina y ácido gamma-amino butírico. (<http://enciclopedia.us.es>, 2009)

Hiperreflexia osteotendinosa: En medicina se conoce como **hiperreflexia** a la exaltación o aumento de los reflejos osteotendinosos, es por lo tanto el fenómeno contrario a la disminución de los mismos que se denomina hiporreflexia.

La hiperreflexia se detecta por el médico durante la exploración clínica, generalmente utilizando el martillo de reflejos y explorando el reflejo rotuliano, percutiendo en el tendón homónimo. También se diagnostica explorando otros reflejos, entre ellos el reflejo aquiliano, reflejo bicipital, reflejo tricipital, reflejo estilo radial y reflejo cubito pronador. Puede estar ocasionada por diversas enfermedades, una de las más frecuentes es la lesión de la vía piramidal.

La hiperreflexia se diagnostica cuando se presenta alguno de los siguientes signos durante la exploración de los reflejos osteotendinosos del enfermo:

- Disminución del umbral. Es decir, es necesario un estímulo más pequeño de lo normal con el martillo de reflejos para desencadenar la respuesta.
- La respuesta es más amplia de lo normal. La percusión del tendón rotuliano desencadena un movimiento más intenso de lo normal.
- La respuesta es más rápida de lo habitual y repetitiva. En ocasiones se convierte en continua, fenómeno conocido como clonus.

Las causas pueden ser muy variadas, una de las más frecuentes es la lesión de la vía piramidal, la cual puede verse afectada por numerosas enfermedades neurológicas. (es.wikipedia.or, 2017)

Osteopenia: La osteopenia es el término usado para definir una densidad ósea anormal que no llega a ser tan baja como la experimentada en la osteoporosis. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definiría como aquella en la que la densidad ósea tiene un índice T- score de -1 a -2,5.

Las causas de la aparición de la osteopenia son varias y diversas. Entre ellas se encuentran la carencia de calcio y de vitamina D, el sedentarismo, no desarrollar buena masa ósea de niño, algunos medicamentos y los factores genéticos.

Se han encontrado también casos de osteopenia en bebés prematuros, ya que es durante los 3 últimos meses de embarazo donde las aportan grandes cantidades de calcio al bebé, ayudando al crecimiento y el desarrollo óseo. (Grande, 2018)

Reflujo esófago gástrico: El reflujo gastroesofágico en niños con parálisis cerebral común y puede causar complicaciones respiratorias, especialmente en aquellos con deterioro neurológico grave. Los cambios en la motilidad esofágica, disminución del tono y de la columna vertebral deformidades cardíacas pueden contribuir a su aparición. El reflujo puede ser difícil de diagnosticar y signos sugestivos incluir movimientos distónicos relacionados con la postura (síndrome de Sandifer). El insomnio puede indicar reflujo o espasmo esofágico. La funduplicatura, gastrostomía y dilatación esofágica por estenosis causada por esofagitis son la segunda causa más frecuente de procedimientos quirúrgicos en estos pacientes después de la cirugía ortopédica. Babeo intenso puede ser debilitante en niños con parálisis cerebral.

El mayor riesgo es la aspiración de los alimentos en los pulmones, y la muerte como consecuencia de la aspiración masiva.

El reflujo es el resultado de una válvula situada en la entrada del estómago, llamado el cardia, que en niños con reflujo es incontinente, es decir, que no se cierra después de que el niño para alimentar y, en consecuencia, se produce alrededor de la comida o contenido gástrico desde el estómago hacia el esófago. Esto puede ocurrir poco después de la natalidad y el aumento gradual, si no se maneja adecuadamente, puede convertirse en una esofagitis, que es una inflamación producida por los ácidos estomacales o incluso una hernia hiatal. (www.paralisiacerebral.wordpress.com, 2015)

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

<http://enciclopedia.us.es>. (2009). Recuperado el 22 de abril de 2018, de http://enciclopedia.us.es/index.php/Vía_extrapiramidal

<http://paracereb.blogspot.com.ar/>. (2010). Recuperado el 26/07/2016).

Musicoterapia. (2015). Buenos Aires: ED.El Lugar.

www.paralisiacerebral.wordpress.com. (2015). Recuperado el 22 de abril de 2018, de <https://paralisiacerebral.wordpress.com/2015/12/02/el-reflujo-gastroesofagico-en-ninos-con-paralisis-cerebral-lo-que-esta-y-que-precauciones-tomar/>

es.wikipedia.org. (2017). Recuperado el 22 de abril de 2018, de <https://es.wikipedia.org/wiki/Hiperreflexia>

Modelo Biopsicosocial. (27/08/2016). *Extraido* <http://medicinaudca1hc.blogspot.com.ar/2013/05/modelo-biopsicosocial.html> .

Alberti, C. P. (2015). Neuromúsica. Curso de Especialización en Musicoterapia y Neurorehabilitación. *Aplicación de los elementos musicales en la Rehabilitación Motora. Módulo 8 – Clase 2*. Buenos Aires.

Alberti, C. P. (s.f.). Aplicación de los elementos musicales en la Rehabilitación.

Alejandra, G. (2008). Material de Musicoterapia en Perturbaciones Neurológicas y Motoras Ficha I. Buenos Aires: Carrera de Lic en Musicoterapia.UAI.

Alicia, S. (s.f.). *“La clínica psicomotriz con niños con plurideficiencia”*. Buenos Aires: http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos_PDF/ 16/05/2016.

Argüelles, P. P. (2008). *Parálisis cerebral infantil*. Barcelona: Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Deu. Asociación Española de Pediatría .

Banfi, C. (2015). *Musicoterapia*. Buenos Aires: ED.El Lugar.

Banfi, C. (2015). *Musicoterapia. Acciones de un pensar estético*. Buenos Aires: ED.El Lugar.

Barreto, A. (2010). Invitaciones. Postepistemología en Musicoterapia. Buenos Aires.

Barreto, A. (2012). ¿Es pequeña la libertad? III S IL. (ponencia). Buenos Aires.

Barreto, A. (2012). ¿Es pequeña la libertad? 3ª Semana de Improvisación Libre (SIL) (ponencia). Buenos Aires.

Barreto, A. (s.f.). La Actividad. (Ponencia). *II Jornada de Musicoterapia en Geriatria y Gerontología Sonido Salud y Vejez. ASAM*. Buenos Aires.

Belloc, E. (2009). Transcripción de presentación realizada en las IV Jornadas de Musicoterapia del Hospital de Niños Dr Ricardo Gutierrez. Buenos Aires, Argentina .

- Caballero.Eugenio, M. (2015). *Musicoterapia activa de neurorehabilitacion de miembros superiores en PC de tipo severa con afectaciòn bilateral*. España: Tesis Doctoral. Facultad de Medicina.Universidad de Murcia.
- Carlos Arce Virgen, A. C.-A. (2015). Impacto de la musicoterapia en la estimulación sensorial, social, cognitiva y motriz en niños, con deficit neuròlogico en Mexico. *Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitaciòn*. <http://www.medigraphic.com/medicinafi sica> 27/06/2016.
- Castañon, D. (2001). Retraso Mental, nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Vertex.Revista Argentina de Psiquiatria*, 28-33.
- Castañon, D. (2001). Retraso Mental,nuevos paradigmas,nuevas definiciones. *Vertex.Revista Argentina de Psiquiatria*, 28-33.
- Dr. Gerardo R. Robaina Castellanos, D. S. (2007). Evaluacion diagnostica del niño con paralisis cerebra. *Revista Cubana Pediatrica. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial de Matanzas «Julio Alfonso Medina»*.
- Dr. Gerardo R. Robaina Castellanos, D. S. (2007). Evaluacion diagnostica del niño con paralisis cerebral. *Revista Cubana Pediatrica. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial de Matanzas «Julio Alfonso Medina»*.
- Espada, G. R. (2001). *Espejos de Sonido. Teoría del pensamiento*. Buenos Aires: Tesis de Lic. en Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana.
- Espada, G. R. (2016). *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Buenos Aires: UAI.
- Espada, G. R. (2016). *Pensamiento Estético en Musicoterapia*. Buenos Aires: UAI.
- Garcia, C. (2004). *Caleidoscopios, ecos y laberintos.Construyendo un pensar en la clinica musicoterapeutica con niños*. Rosario: Licenciatura en Musicoterapia.Facultad de Psicología.Universidad Abierta Interamericana.
- Gauna, G. (2009). *Diagnostico y abordaje musicoterapeutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires: Koyatùn .
- Giacobone, A. (2008). *Material de Cátedra ficha IV Perturbaciones Neurológicas y Motoras*. . Buenos Aires: Carrera de Lic en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana. .
- Giacobone, A. (16 de noviembre de 2016). Entrevista para Tesis. (M. E. Calbet, Entrevistador)
- Grande, M. (2018). *blog.aegon.es*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de <https://blog.aegon.es/salud/osteopenia-que-es/>
- Gustavo Gauna, A. G. (2008). *Diagnostico y Abordaje Musicoterapeutico en la Infancia y en la Niñez*. Buenos Aires, Argentina: Koyatun.
- Gustavo Gauna, A. G. (2015). *Musicoterapia en la infancia* (Vol. Tomo 1). Buenos Aires: Diseño.

- Heckmann, C. (2009). *Dis-posición de escucha en la clínica musicoterapéutica con psicosis. Del caos, la estructura y la forma*. Buenos Aires: Tesis de licenciatura en Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana.
- Hoffmann, J. (2004). *Los arboles no crecen tirando de las hojas*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- Hurtado, I., L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Sabadell.
- Jara, P. (s.f.). *El Sonido de la espasticidad. La intervención musicoterapéutica en un joven con parálisis cerebral*. Chile: Universidad de Chile. Facultad de las Artes. Escuela de Post Grado.
- Langan, G. (2005). *Musicoterapia y esquizofrenia. La ceremonia del arte donde lo siniestro de una enfermedad se ofrece en una construcción estética*. Buenos Aires: Tesis de Licenciatura en Musicoterapia. Facultad de psicología. Universidad Abierta Interamericana.
- Levin, E. (julio de 2005). *Imago Agenda Nº 41 La interconsulta*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=468>
- Maldonado, M. (2010). *Musicoterapia en Parálisis Cerebral. monografía para optar el Pos Título de Especialización en Terapias de Arte*. Chile: Facultad de las Artes. Escuela de Posgrado.
- Merck Sharp & Dohme Corp., u. s. (2018). *Manual MSD. Versión para profesionales*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/polihidramnios>
- Najmanovich, D. (29 de julio de 2014). *Construyendo Psicología*. Recuperado el 27 de noviembre de 2016, de articulando.com.uy: <http://articulando.com.uy/pensar-entramados-denise-najmanovich/>
- P. de la Riva, M. M.-M. (2011). Encefalopatía hipóxico-isquémica: lesiones en resonancia magnética. *NEUROLOGIA Vol 26, 26*.
- Perea, X. (2005). *Entre lo originario y lo original*. Buenos Aires: Tesis de licenciatura en Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana.
- Rebolledo, F. A. (2006). La musicoterapia como instrumento favorecedor de la plasticidad, *medigraphic Artemeni Isina. NUEVOS HORIZONTES. Volúmen 5. Nº1, 88*.
- Robledo, F. (2006). *La Musicoterapia como instrumento favorecedor de la plasticidad*. Obtenido de Medigraphic. Artemeni Isina. Nuevos Horizontes. Volumen 5. Nº1, 88.
- Sabo, A. (16 de Mayo de 2016). *Sabo. Alicia "La clínica psicomotriz con niños con plurideficiencia"* <http://www.lainfancia.net>. Obtenido de http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos_PDF

Silván, C. M. (2017). *www.lifeder.com*. Recuperado el 22 de Abril de 2018, de <https://www.lifeder.com/via-piramidal/>

Solarz, G. (2012). *Musicoterapia Y Cuidados Paliativos.Improvisación Libre y Juego en Pacientes de Cuidados*. BuenosAiresTesis de Licenciatura.: Carrera de Licenciatura en Musicoterapia. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Universidad Aierta Interamericana.

Sosa, L. M. (2009). *Reflexiones sobre la Discapacidad .Dialogica de la Inclusion y Exclusion de las Practicas*. Argentina: Extraido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2900332> (5/09/2016).

ANEXO

ENTREVISTAS:

ENTREVISTADO 1 (LIC. EN MUSICOTERAPIA)

-1 Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

Yo egrese del año 2006 de la universidad del Salvador, a partir de ahí hasta el día de hoy , voy diez años de experiencia, trabajo con chicos con parálisis cerebral en el Centro Camino, he atendido alrededor de cuarenta, cuarenta y cinco pacientes en todos estos diez años. La mayoría de ellos con PC. Me especialice en adaptaciones, trabajo con adaptaciones musicales, corporales, ambientales, tecnológicas. Son todas adaptaciones que utilizo para desarrollar mucho más el potencial del paciente, lo que hacen que puedan tener una mejor producción sonora y puedan también una mejor forma de expresarse. Doy talleres justamente de adaptaciones junto al Lic. Gabriel Federico del Centro Camino, eso por un lado. Por otro lado dirijo un proyecto Todos Hacemos Música con chicos con PC y los objetivos del proyecto son concientizar que los chicos con discapacidad pueden hacer música y los chicos con PC por ende con una buena adaptación, con un buen trabajo interdisciplinario pueden llegar hacer una producción sonora que ellos realmente deseen.

- 2 ¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?

-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina? Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?

2 y 3-Te soy sincero, no comprendo bien la pregunta, el tema de la palabra paradigma, te referis desde un modelo, un ejemplo. Y en cuanto a paradigmas históricos donde se ha abordado la discapacidad yo pienso el libro de Foucault, la historia de la locura por ejemplo, pero no sé si encara por ahí la pregunta y después tampoco entiendo la pregunta conoces paradigmas de abordajes específicos de la disciplina, no sé si puedes darme un ejemplo o no entiendo bien la pregunta, avisame cuando puedas porque me descoloco tu pregunta, espero tu respuesta .Gracias.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias

Si estoy al tanto de los modelos de Musicoterapia, algunos son oficiales, otros no son oficiales, me desempeño mucho en el modelo Nordoff Robins, hice el curso en Nueva York, hay cosas que estoy muy de acuerdo y hay otras que estoy en desacuerdo, pero me gustan en sí mucho el modelo. Estoy al tanto de los demás modelos de GIM, de los perfiles de improvisación de Bruscia, el modelo Benenzon también. No son modelos que utilizo, sé que cada uno tiene sus diferencias, el GIM desde la imagen y la

imaginación y la música, el modelo de Benenzon que trabaja el ISO, la identidad sonora, y el de CROM esquema conceptual referencial operativo musicoterapéutico, el de Bruscia de los perfiles de improvisación, el de Nordoff Robins que es musicoterapia creativa donde se trabaja mucho el niño en música, están convencidos de que todos tenemos un niño musical adentro y se trabaja básicamente solo desde la música, principalmente eso. Utilizo mucho el modelo de Tahut, es una referencia muy importante para mí, para trabajar todo lo que es rehabilitación con chicos con alguna discapacidad, en este caso con PC. He hecho el año pasado en FLENI el curso de Thaut de Musicoterapia Neurológica. Pero principalmente utilizo el de Thaut y el de Nordoff Robins.

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

La función depende de que objetivos estemos proponiéndonos, los objetivos se pueden proponer a nivel interdisciplinario con los demás profesionales. Yo siempre me contacto mucho con los kinesiólogos, con los neurólogos que me cuentan su punto de vista y a partir de ahí nos proponemos objetivos en común. Así que la función es muy importante porque la música para muchos chicos es liberadora, tienen tantas terapias que cuando llegan a musicoterapia se alegran porque juegan con la música, lo disfrutan mucho más. Entonces desde la rehabilitación puede ser trabajar la motricidad gruesa, trabajar la motricidad fina a través de un instrumento como el teclado, la guitarra si es posible, sino adaptaciones. Hay un programa que se llama OMI que moviéndote la computadora capta tu movimiento justamente y reproduce sonidos, entonces uno puede trabajar el tronco a nivel horizontal o vertical. Puede haber muchísimas funciones, se pueden trabajar el tema de la respiración para poder cantar mucho mejor a través de la respiración primero tiene que tener una postura correcta derecha, para respirar mejor puede usar una pechera aunque a veces es mejor sacarla para que no se acostumbre y el tono muscular baje, así que es una ida y vuelta hay que usar ahí el sentido común. Así que la función del musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso motor es muy importante, y como te dije son muchísimas funciones pero siempre depende del objetivo que se propone en el equipo.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

No soy partidario de los métodos o modelos, si esta bueno conocerlos todos, me inclino hacia Tahut y Nordoff Robins, pero no son modelos que los use fijamente. Para mí los modelos hacen que muchas veces uno no pueda trabajar libremente y no pueda ver otras cosas. Yo soy de la escuela de conocer a la persona que tengo enfrente de mí y ver con que emergente viene y trabajar a partir de ahí, y utilizar distintas cosas de los distintos modelos. Muchas veces utilizar un modelo no te deja ver, no te deja ver el bosque, te deja ver nada más el árbol, y a veces, a veces, eso no está bueno. Así que no soy partidario de un modelo específico como te dije anteriormente, es bueno conocerlos, tomar algunas cosas de Nordoff Robins, algunas cosas de Tahut, pero no utilizo uno específico.

Técnicas, abordajes, métodos, yo utilizo muchas adaptaciones, y algo muy importante que es desde donde trabajo, trabajo con el potencial del paciente, no con el déficit. Quedarme en el déficit es quedarme constantemente en la problemática y está bueno a veces trabajar eso para mejorarlo, pero trabajo mucho con el potencial, porque

trabando con el potencial estoy cien por ciento seguro de que sube mucho más su autoestima y eso hace que el déficit vaya desapareciendo y quede a un costado. Así que trabajo con el potencial, el potencial puede ser el baile, el canto, inventar historias, cuentos sonoros, muchas cosas y eso se ve plasmado en los videos de Todos Hacemos Música lo que hago. No es fácil encontrar el potencial, de hecho hay muchos chicos que no lo saben, entonces uno tiene que ser una guía para ayudarlos.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

Generalmente pienso primero por supuesto el tratamiento, me junto con el equipo interdisciplinario, vamos pensando en objetivos a corto y mediano plazo. Y yo personalmente cuando trabajo con niños adolescentes lo que hago es buscar el potencial de ellos , no me quedo en el déficit, en lo que no pueden hacer , sino que busco justamente el potencial, y a partir de ese potencial hago intervenciones y trabajo .Generalmente las intervenciones se dan en el momento no las pienso, porque me condicionan mucho, si voy pensando los objetivos y voy encaminando la persona hacia el objetivo, pero las intervenciones se dan en el momento a partir de algo que estoy viendo.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Las estrategias yo las veo capaz para un lado como reunirse con los demás profesionales, para mí es fundamental eso, llamar, mandar un mail, hablar con los padres. Todas esas estrategias ayudan a que los profesionales vayan por el mismo camino y no separados. Es importante hablar con los padres, preguntarle que estuvieron haciendo en la semana los chicos, si paso algo relevante en la semana. Nosotros sabiendo eso vamos a poder trabajar mucho mejor y favorecer así justamente las experiencias expresivas de los chicos a través de la música, del canto, del baile. Por otro lado hacer un seguimiento desde lo visual, filmar, nosotros en el Centro Camino tenemos cámaras filmadoras que registran todo, si nosotros tenemos un seguimiento de eso, vamos viendo durante meses a ver qué es lo que surge, que cambios hay, podemos trabajar sobre eso y por ende también favorecer las experiencias expresivas de los niños, creo que son estrategias muy importantes.

9-¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

La escucha musicoterapéutica no es solo la música, escuchar la música, sino es escuchar entre comillas todo lo que uno ve, para mí es importantísimo eso, no puedo despegar la música del cuerpo, de lo que estoy viendo, de los gestos, de cómo está tocando, en que postura, como está cantando, si está cantando fuerte, suave, con qué intención lo está cantando. Para mí la escucha musicoterapéutica es todo lo que veo de mi paciente, desde cómo está tocando el timbre, si viene corriendo, es todo. Con que emergente viene, si viene con un objeto, con un juguete, con un instrumento.

¿Que aportaría esta escucha diferente a otras disciplinas? Muchas cosas porque con la música también se juega, porque los chicos donde trabajo, parálisis cerebral, síndrome de Down les gusta jugar, vienen con distintas terapias, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, realmente muchas veces se aburren, nosotros tenemos un plus muy grande, los chicos con la música se divierten, juegan. Entonces a partir de ese juego el disfrute que tienen haciendo música uno puede sacar mucho más herramientas y cosas para analizar. Lo diferente es eso, que realmente disfrutan la terapia. Es un juego para ellos, para nosotros es una terapia, nosotros vamos analizando todo, jugamos con ellos por supuesto, pero ellos no se dan cuenta que es una terapia, juegan, es mucho más llevadero, es mucho más fácil para llevar a cabo el tratamiento.

-10 ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?)

-

Si se trabaja en forma interdisciplinaria, es fundamental. Para mí no hay Musicoterapia sino hay un trabajo interdisciplinario, no, no sirve, cada profesional va por distintos lados y no se puede. Yo me reúno una vez al mes con los profesionales, a veces tarda un poquito más tres meses, depende realmente la situación, la importancia que se está llevando a cabo con el paciente pero si no nos reunimos, es por mail, por wasap, o nos llamamos y vamos preguntando, cuestionando algunas cosas. Para mí el trabajo interdisciplinario es fundamental, ya sea con kinesiólogos, neurólogos, otros musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, maestros integradores, profesores, profesores de educación física, lo que sea, pero es fundamental. ¿Qué aporta al trabajo interdisciplinario? Muchas cosas, la visión de cada uno, he tenido reuniones con otros profesionales que me di cuenta, observe cosas, escuche cosas que no había observado, esta es la persona y yo no me había dado cuenta, así que es maravilloso el trabajo interdisciplinario. Sin el trabajo interdisciplinario no se podría hacer el tratamiento correcto.

11- Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

Trabajo muchos con kinesiólogos por el compromiso motor de los chicos, voy preguntando que movimientos conviene realizar para tener una mejora. Trabajo mucho la postura en el caso de los niños que cantan, entonces es muy importante saber cuál es la mejor postura para cantar, si va a necesitar una pechera o no, y en qué momento, para que puedan respirar mejor y por ende sacar una mejor voz. Después trabajo mucho con fonoaudiólogos para que me vayan ayudando mucho con la postura de la boca, como hay que ponerla, para que puedan cantar mejor y articular mejor, pero más que nada en las reuniones vemos los objetivos en común que podemos trabajar todos, ya sea un objetivo o varios objetivos. Entonces yo desde la musicoterapia voy aportando también que se puede hacer, también depende mucho del paciente. Si uno tiene veinte pacientes o quince pacientes con PC cada objetivo va a ser distinto porque cada persona es diferente, entonces van variando, entonces tomo mucho la importancia del kinesiólogo, terapeuta ocupacional, neurólogo también que nos va diciendo específicamente algunas cosas, novedades.

ENTREVISTADO 2 (MUSICOTERAPEUTA)

-1 Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

La experiencia que yo tengo es partir de mi inclusión en el equipo interdisciplinario de la unidad pediátrica de ALPI en el año 89. ALPI que es una institución emblemática tenía desde los 80 una unidad pediátrica dedicada específicamente a niños con trastornos neurológicos y neuromotores, donde una gran parte de la población asistida eran niños con Parálisis Cerebral o el término que se ha instalado actualmente que es el de ECNE, el término es antiguo pero se ha dejado de hablar de parálisis cerebral que era un diagnóstico más amplio y abarcativo para definirlo en términos de una encefalopatía crónica no evolutiva por que no evoluciona en términos de problemática fisiológica sino que lo que evolucionan son los trastornos derivados de justamente, esa lesión o ese daño por anoxia de origen (generalmente). Mi experiencia es ingresando a la unidad pediátrica, ya había abordaje musicoterapéutico en este contexto desde el año setenta y pico con una sola musicoterapeuta, después en los 80 esa musicoterapeuta se retira, se incorporan dos musicoterapeutas que eran de mi camada, recibidas en el 86, y cuando uno de ellas renuncia yo tomo su cargo, después la otra toma licencia y me ofrecen a mí también tomar ese cargo, porque había dos turnos, un turno mañana y un turno tarde para cubrir los horarios de consultorio y yo tomo el horario de una y los pacientes de ambas porque no había presupuesto para seguir cubriendo dos cargos. Lo interesante de este armado que fue mi primer lugar de trabajo formal, en blanco, en un equipo interdisciplinario para hacer clínica en una modalidad individual, se trataba de una unidad pediátrica en un instituto de rehabilitación con lo cual el equipo era de rehabilitación y la modalidad de atención era en sesiones individuales de cada paciente, donde cada paciente recibía la cantidad de tratamientos por áreas que necesitara, el equipo estaba integrado por una médica fisiatra que era la jefa del servicio que después se llamó especialidad en medicina física y rehabilitación, era la primera que recibía el paciente, abría la historia clínica y hacía la anamnesis, después de allí era derivado la familia a una entrevista en psicología y a una entrevista en trabajo social, con esas dos entrevistas más la consulta médica inicial se llevaba adelante una clínica de admisión. En la Clínica de Admisión estábamos un referente de cada área del equipo que eran kinesiología, ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, musicoterapia y psicología. También era un lugar de formación, como un hospital escuela, con lo cual la presencia de además de un referente por área disciplinar, de algún pasante o practicante también era habitual, esto significaba que los días de clínica de admisión había alrededor de ocho personas presentes mientras dos o tres terapeutas tomaban el liderazgo de conducir la sesión de evaluación y estaba por supuesto presente la médica también. Esto fue uno de los primeros impactos para mí muy fuertes por esa situación de examen de un niño pequeño con tanta gente a su alrededor.

Y así empecé a hacer mi trabajo, primero recibiendo uno o dos pacientes con los que nadie sabía qué hacer, niños muy graves en la mayoría de los casos con diagnóstico de ECNE (no exclusivamente) y lo que fui haciendo fue ampliando la apreciación de la disciplina y de la profesión. Fue primero un trabajo contextual en mi experiencia porque yo llego y todos los terapeutas estaban nombrados por cuatro horas diarias y en esas cuatro horas diarias atendían a ocho pacientes y había listas de espera en todas las áreas. En musicoterapia en las cuatro horas de la mañana de trabajo había un paciente dos, mucho tiempo libre y una manera de instalar una representación social de la disciplina era aumentar el caudal de pacientes para lo cual lo que yo tuve que hacer fue trabajar, pensar y estudiar muchísimo para llevar a las reuniones de equipo, los ateneos y a las clínicas de admisión mi opinión, mi apreciación y la necesidad de inclusión de

trabajo musicoterapéutico no solo cuando todos los demás no sabían qué hacer con el niño.

Yo trabajé muchos años allí, después renuncié con tres personas más del equipo, que eran un médico, una fonoaudióloga y dos kinesiólogas y armamos un equipo privado, tuvimos una institución privada de rehabilitación con una modalidad similar pero un poco más subjetivante por ponerle algún nombre, porque incluimos psicólogo y psicopedagogo en el equipo, y como yo era una de las dueñas formaba parte del equipo admisor que era kinesióloga, fonoaudióloga, musicoterapeuta y médico. Esto duró unos años y luego me desvinculé de ese armado institucional que se alejaban cada vez más de los conocimientos que fui adquiriendo en cuanto al trabajo en primera infancia. En el libro que editamos en 2015 con Gauna y Licastro, y en otros artículos que yo he publicado hablo de esto, el trabajo subjetivo en primera infancia y el trabajo musicoterapéutico en primera infancia es un desprendimiento de la conceptualización surgida a partir de mirar al niño del ámbito de la rehabilitación como un sujeto. Más específicamente “escuchar” al sujeto del niño en rehabilitación. Esto hace pensar en la salud mental de ese niño y en el abordaje musicoterapéutico por ende que se desprende de un abordaje rehabilitador, por eso yo empiezo a cuestionarme, a plantearme que no hago rehabilitación, que tampoco hago estimulación y que como musicoterapeuta yo cuestiono el trabajo estimulador y rehabilitador porque el abordaje no es desde ese paradigma sino desde un paradigma subjetivo de producciones posibles para el intercambio humano, para la salud mental. Hasta el día de hoy yo sigo recibiendo niños con este diagnóstico de ECNE en mi práctica privada

- 2 *¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?*

A grandes rasgos hay tres momentos que pueden ubicarse. Un primer momento de exclusión signado por el abandono o la reclusión de la persona con discapacidad, un segundo momento llamado de rehabilitación tradicional, un abordaje puramente rehabilitador de la discapacidad donde se promueve una fragmentación de las producciones humanas para ser abordadas por las disciplinas que van surgiendo y apareciendo a partir del campo de la rehabilitación, como lo es la kinesiología, la terapia ocupacional, la fonoaudiología, profesiones que se desprenden de ellas mismas básicamente de la kinesiología, y lo que van haciendo es desarrollar la recuperación o la rehabilitación de aquellas funcionalidades humanas afectadas por una situación accidental o de nacimiento, ese segundo paradigma es el que aún persiste. Lamentablemente sigue habiendo una modalidad rehabilitadora y fragmentadora que la podemos ver hoy con otros nombres: abordaje cognitivo conductual y la incorporación de las problemáticas psicológicas al campo de la neurología. Ese segundo momento histórico, el del modelo de la rehabilitación tradicional, que no permite que la persona esté un minuto de su vida sin rehabilitarse, ha hecho estragos. El tercer momento histórico que es de los ochenta está en vigencia y sigue siendo muy difícil de instalar, es el de la autonomía y de la autodeterminación, la búsqueda de un abordaje social comunitario clínico educativo desde todos los ámbitos de desarrollo de una persona de acuerdo a su momento histórico y a su etapa evolutiva atravesados justamente por la autonomía, la autodeterminación y la inclusión. Este sería el modelo al que se tiende. A veces esta tendencia es malinterpretada, y se cree que si hay un abordaje individual no habría un trabajo por la autonomía y por la autodeterminación y esto no es así, no se trata solamente de incluir borrando las diferencias sino de trabajar con las diferencias en una inclusión comunitaria social con todos los apoyos soportes y andamiajes que sean necesarios para que las personas con discapacidad tengan la edad que tenga puedan desarrollarse significativamente en su contexto histórico epocal y cultural. El modelo

“taller grupal” de muchas instituciones dedicadas a niños con patologías neuromotoras graves, es altamente cuestionable toda vez que se trata de un mero conjunto de niños que reciben sin intimidación alguna, una porción de la hora que el Musicoterapeuta tiene asignada al “grupo”...

-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina? Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?

Me suena a varias cosas que yo vengo escribiendo, trabajando y que además he abordado como mapa conceptual de la materia que he dado en la facultad los últimos quince años, por lo menos hasta el año 2013 que ejercí la docencia universitaria. Obviamente que hay una línea de tiempo con paradigmas del desarrollo de la musicoterapia como disciplina, de la profesionalización de la musicoterapia en el ámbito de la salud, de los modos de pensar en la infancia y de los modos de considerar la discapacidad y por lo tanto la salud. Ha habido muchos cambios. Por lo tanto todos estos ejes de musicoterapia, discapacidad, infancia, salud han ido modificándose y relacionándose por similitud y por diferencias. A grandes rasgos hay que pensar que la salud como concepto fue evolucionando desde pensarla como ausencia de enfermedad a pensar como la tendencia a un estado de bienestar, tampoco es el bienestar de un estado absoluto porque no existe, sino tender a un estado de bienestar en contexto, dejar de pensar la salud en términos aislados o de laboratorio. Simultáneamente hay un desarrollo acerca de los modos de abordar la discapacidad que es un poco lo que respondí en la pregunta anterior, que van evolucionando desde la exclusión, del retiro del enfermo, del discapacitado, del diferente, del mundo cultural y social, pasando por la búsqueda infame de recuperarlo, rehabilitarlo para normalizarlo, para que se parezca y/o para que logre lo mismo que los que no son discapacitados, evolucionando hacia la autoconfianza, la autodeterminación, las capacidades de incluirse y de integrarse con su núcleo y grupo social, cultural, epocal, etario, educativo, recreativo, laboral y demás. Esto obviamente va junto con el desarrollo de la musicoterapia, que surge como una práctica más ligada a la música funcional, a la aplicación de música para que las personas se sientan un poquito mejor, o a la enseñanza musical de las personas con discapacidad; nada más lejos que lo que hoy la musicoterapia tiene para decir como especificidad y ahí va evolucionando. Yo esto lo describo como una evolución de la “actividad terapéutica a la tarea clínica”, de pensarla como una actividad de algo que se puede hacer y que puede tener resultados terapéuticos como tantas cosas lo tienen, correr puede ser una actividad terapéutica, tejer, bordar, pintar, cantar, a diferencia de la construcción de una tarea clínica donde hay una preparación profesional, un trabajo de escucha, una formación de la escucha de los discursos sonoros y subjetivos jugados en una producción estética para los fines del intercambio y del despliegue de la interioridad. Aquí el diagnóstico es un dato, entonces en la discapacidad muchas veces basado en un diagnóstico, muchas veces no. A veces hay un diagnóstico que establece que una persona es discapacitada como en el caso de ECNE, y en otros casos no, como un niño con retraso madurativo, donde dependerá el paradigma en el que se lo considere si el paradigma es neurológico y se lo supone y afirma en esa suposición que el niño vino con un bagaje neurológico deficiente y por eso tiene retraso madurativo, estamos ante un niño con padecimiento psíquico que por lo tanto va a impactar en sus modos de manifestarse funcionalmente, esto no queda muy lejos tampoco de la apreciación de un niño con una discapacidad franca como es una PC, una encefalopatía crónica no evolutiva donde adentro, afuera, acompañando o formando parte de su desarrollo de personalidad van a estar todas estas características que no deben ser dejadas de lado

como detectar y contener su sufrimiento psíquico o no, puede no temerlo, su desarrollo emocional, sus capacidades comunicativas, más allá de lo que funcionalmente el niño con discapacidad pueda portar. La musicoterapia al ir evolucionando en una tarea clínica va desarrollándose en sus modos de apreciar y conceptualizar al sujeto de atención sin perder de vista su contexto de discapacidad y su diagnóstico pero si considerando esto como un dato, ya que la escucha musicoterapéutica no va a estar puesta en la discapacidad sino en la singularidad del sujeto que se atiende, esto ha hecho que la musicoterapia hoy tenga un desarrollo conceptual diverso, porque sigue coexistiendo con estas modalidades, estas maneras de pensar. Desde mi lugar el paradigma de la escucha trabajada de Elcira Belloc, desde este paradigma de apreciación, también hay otros musicoterapeutas y otras líneas terapéuticas que hacen un trabajo de rehabilitación y proveen recursos musicales para que el niño cumpla con objetivos funcionales propios de otras disciplinas, por ejemplo: el objetivo de la terapeuta ocupacional es que el niño lleve las manos a línea media porque de esa manera se integra sensorialmente, alinea la mirada y conecta con la persona que tiene enfrente y mejora su postura, baja su tono y se equilibra, desde una apreciación funcional del control motor, entonces el musicoterapeuta va a trabajar para el mismo objetivo proveyendo al paciente de cajas chayeras, tambores, panderetas o diversos instrumentos musicales con los que el niño pueda jugar y de esa manera favorecer ponérselos en un lugar del cuerpo, donde el niño se vea obligado a juntar las manos sobre ese instrumento para producir sonido y con ese objetivo de producir sonido en línea media lo que se logra es el objetivo que tiene la terapeuta ocupacional. O una psicopedagoga que está trabajando con la incorporación de contenidos como grande mediano y chico, entonces el musicoterapeuta utiliza flautas grande, mediana, chica, guitarra grande, mediana, chica, pandereta grande, mediana, chica, para colaborar y aportar a los objetivos del trabajo de otra disciplina de rehabilitación. Claramente estamos hablando desde mi posicionamiento de otra cuestión donde no creo que el musicoterapeuta tenga esta función, pero no descarto que otros musicoterapeutas trabajen desde el paradigma de la rehabilitación de funciones.

Otro dato interesante, para no biografiar cada respuesta, hay un trabajo muy interesante que es de Carlos Wernicke, médico psiquiatra, el habla de la disfunción cerebral mínima que es un concepto antiguo, en un artículo de los años ochenta, pero hay algo muy interesante que el habla en un momento de las terapias comprensivas y terapias de recuperación, él dice que un niño con parálisis cerebral o con trastornos neuromotores tiene que recibir además del abordaje educativo especializado y los controles médicos específicos, terapias comprensivas y terapias de rehabilitación, las terapias de rehabilitación Wernicke las ubica en el campo de la kinesiología, la terapia ocupacional, la fonoaudiología y la psicopedagogía, y como terapias comprensivas ubica la psicología, la psicomotricidad y la musicoterapia. Es interesante este planteo. Especialmente por el momento histórico en que lo hace.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias.

Un poco lo estuve respondiendo en la anterior, no conozco en términos de nombres de métodos y modelos, no es una manera de pensar que yo comparta en términos de modelos atencionales de métodos mucho menos, pero si entiendo que hay unas maneras de enunciarlo, hay personas que lo enuncian de una manera como musicoterapia neurocognitiva, neuromusicoterapia, hay otros modelos con otros nombres que no tengo presente. Me parece que la principal diferencia está en trabajar sobre la discapacidad y por la discapacidad y trabajar con el sujeto que porta un

diagnóstico, me parece que ahí se traza la principal diferencia. Mi manera de pensar, el modo de abordar las problemáticas humanas es desde la musicoterapia, es desde la escucha singular del sujeto que padece. Tenga el diagnóstico que tenga, considerando y conociendo en profundidad de que se trata ese diagnóstico, justamente desde el conocimiento profundo del neurodesarrollo y del psicodesarrollo. La diferencia va estar trazada justamente por eso, el sujeto de atención para el musicoterapeuta que trabaja desde la línea de la escucha trabajada es el sujeto, es el niño y su contexto, sus dificultades, su diagnóstico, la significación simbólica que tiene ese diagnóstico en el niño, la familia, la escuela, los que lo atienden y demás y no la discapacidad que porta, y básicamente un trabajo que tiende a favorecer la producción subjetiva, la comunicación, la expresividad, el relacionamiento y la vinculación a través de las posibilidades discursivas sonoro musicales y no un trabajo con el recurso sonoro musical para modificar o lograr el éxito de alguna pauta funcional.

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

La función del musicoterapeuta es escuchar, la intervención del musicoterapeuta es la escucha porque en el modo de escuchar es que se activan las producciones más exteriorizadas del musicoterapeuta controladas y moduladas, con esto quiero decir que la función del musicoterapeuta va a estar determinada por su capacidad de escucha clínica, el trabajo con su propio ser como instrumento de escucha para no poner solamente lo propio a producir, sino que la producción del musicoterapeuta está en función de una intervención favorecedora del despliegue de las calidades y cualidades del paciente o del niño.

En el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo tenemos un montón de cuestiones a trabajar desde el paradigma del musicoterapeuta, el musicoterapeuta debe trabajarse mucho, todo lo que a él le implica el estar con otro imposibilitado, limitado, inmóvil o peculiarmente móvil, y muchas veces silencioso o silenciado, improductivo y digo un trabajo muy potente de sí mismo de parte del musicoterapeuta porque su función justamente va estar en dar lugar a la sutileza con la que el niño con compromiso neuromotor severo pueda dar cuenta de sí mismo, pueda poner en el afuera, expresar su singularidad, su sentir, su ser, y para eso hay que tener una escucha que no solamente depende de estar en silencio sino en estar fértil para poder producir algo que enlace, que desencadene, que dé cuenta de una posible situación dialógica o sea garantizar un encuentro, ir al encuentro de eso que el otro puede poner a funcionar, que puede llegar a ser el sonido, la respiración. El fantasma más temido por mi experiencia de casi treinta años de trabajo de niños con ECNE, lo más temido es el rellenar el silencio o el vacío de producción con la producción musicoterapéutica donde lo musical, si tampoco el musicoterapeuta no tiene muy bien trabajado esta cuestión en sí mismo, puede aparecer allí por un relleno que solamente obtura, para tolerar ese silencio, esa improductividad, esa inmovilidad, esa dificultad que el organismo produce en lo expresivo, el musicoterapeuta llena el espacio de música, tanto propia como envasada o grabada, esto también puede pasar en otras áreas terapéuticas donde aparece mucho el recurso sonoro musical para tolerar la angustia que provoca el trabajo con un niño severo pero en el caso de un musicoterapeuta esto sería imperdonable.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

Los recursos propios de la musicoterapia son fundamentalmente la escucha, y la escucha trabajada desde mi posicionamiento clínico y el cuerpo conceptual del que me

manejo. Esto es una construcción que está en Argentina a partir de Elcira Belloc, que es la que integra los conocimientos de la música electroacústica y sus investigaciones y estudios con Pierre Schaeffer en Francia. Integra esos conocimientos sobre la escucha del objeto sonoro que no es la fuente por supuesto, a la escucha clínica, en ese momento articulado con el psicoanálisis y después más allá del posicionamiento psicoanalítico construyendo una identidad propiamente musicoterapéutica en el modo de escuchar. Más adelante con otros desarrollos conceptuales que yo fui haciendo en estos treinta años de trabajo y de formación con Elcira Belloc, entre otros conocimientos que yo fui integrando y transformando de acuerdo a lo que la misma clínica hacía aparecer, voy a plantear una “escucha musicalizada”. Esto es un poco complejo para explicarlo como en la respuesta a una pregunta, lo desarrollo en el tomo I del libro Musicoterapia en la Infancia que escribimos junto a Gustavo Gauna y Luciana Licastro, y lo voy a seguir desarrollando en el tomo II, pero como para simplificarlo podría decir que esa escucha musicalizada, esa capacidad de escuchar más allá de ese contenido semántico de lo que pueda estar siendo dicho y más allá de la tentación de traducir a un contenido semántico aquello que no es palabra pero que suena, y hacer una amplia escucha semiótica desde la conceptualización de la musicalidad humana.

No trabajo desde ningún modelo, técnica, método, porque me parece que justamente esas construcciones lo que terminan es coartando la amplitud de la escucha en un contexto de complejidad y sobre todo en el contexto de incertidumbre, desde el cual me posiciono para escuchar cuando estoy trabajando, cuando estoy escuchando lo que un niño, en mi caso porque es mi clínica o también los adultos que están con ellos, no me posiciono desde una metodología o una técnica, sino que la escucha es abierta, amplia y se construye con el otro. La escucha siempre es con el otro, la famosa frase de Pierre Schaeffer “Escuchar es inseparable de hacerse escuchar”, o sea que si o si para que la audición se transforme en escucha tiene que haber un encuentro humano.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

La escucha es la intervención. No tengo una distinción para pensar la intervención de la escucha porque justamente la escucha musicoterapéutica es la intervención que va construyendo un proceso de tratamiento. Cuando le agregas a la pregunta la población, el paradigma desde el que yo me posiciono es el de la infancia, no el de la patología, pero esto no implica no pensar en las características de cada problemática, patología o diagnóstico con el que un niño llegue. En el caso de la población con ECNE, donde claramente hay una patología franca, no hay algo complejo de asir en cuanto a la organicidad pero si en cuanto a la subjetividad, con lo cual las intervenciones y el tratamiento, o sea la escucha de niños con este tipo de padecimiento en términos musicoterapéuticos, no difiere de la escucha de cualquier niño que padece, porque la escucha y el tratamiento va a estar justamente más allá de lo que la patología le implica y le impide, conociéndola, sabiendo de que se trata, con la responsabilidad de conocer en profundidad lo que esto implica desde lo biológico y lo orgánico, pero trabajando justamente desde las construcciones vinculares desde esa situación.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Acá también tenemos un general y un particular. Los niños en general, se sienten naturalmente convocados por el entorno en función de los armados vinculares y relacionales que el entorno les provea para desarrollar su expresividad. El desarrollo sonoro expresivo es un impulso humano natural. Obviamente cuando hay un tipo de complicación, de impedimento, de limitación, se articula la limitación con la patología

que impone con la limitación que el entorno vincular emocional relacional le impone y las posibilidades e imposibilidades de ese niño para desplegar sus expresividad. Hay modos que pueden favorecer el despliegue expresivo y modos que los pueden obstaculizar, justamente la escucha musicoterapéutica lo que aporta es una sutileza para estas escuchas y para estas producciones. Así que convoca y que favorece en un niño la experiencia expresiva está basada en el tipo de vivencias que en el encuentro musicoterapéutico se puedan generar y es una construcción de ese terapeuta y ese paciente.

-9 ¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

Esto está respondido anteriormente pero lo retomo. La escucha musicoterapéutica es justamente una escucha musicalizada, lo que los musicoterapeutas vamos haciendo es musicalizar nuestra escucha, esto es lo que nos da especificidad e identidad por toda la complejidad que implica la musicalidad humana, no es hacer de lo que se escucha un producto musical que es absolutamente diferente y no estoy hablando de música como producción de la cultura, estoy hablando de musicalidad como condición de la humanidad.

¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas?

No hay otra disciplina que pueda hacer ese tipo de escucha porque no le compete y porque tampoco tiene el cuerpo teórico clínico de la praxis para poderlo desarrollar. Esta es nuestra especificidad, y en particular en esta población aporta lo mismo que a otras poblaciones, una escucha diferenciada, una posibilidad de apreciar y trabajar con elementos del discurso, que no son posibles desde lo semántico, no son posibles desde la escucha verbal y no son posibles desde la acción. Una oportunidad absolutamente diferente de escuchar tanto el padecimiento como la producción humana desde un traslado de la audición a la escucha que es un trabajo que hace el musicoterapeuta consigo mismo. La importancia del musicoterapeuta que va trabajándose a sí mismo como instrumento de escucha.

-10 ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?

Claro que se trabaja en forma interdisciplinaria, sería imposible pensarlo de otra manera. Que se trabaje en forma interdisciplinaria, que el musicoterapeuta pueda tener internamente una posición interdisciplinaria en su trabajo no significa que siempre encuentre interlocutores válidos entre los integrantes de un equipo terapéutico del paciente. Cuando me refiero al trabajo interdisciplinario lo pienso más desde las redes, que también lo desarrollo en el tomo I, porque es un poquitito más amplia que la cuestión de la interdisciplina ya que muchas veces suele asociarse lo interdisciplinario al trabajo de un equipo armado a priori antes del paciente, y la interdisciplina es un posicionamiento, un elogio a la falta, yo me considero que me faltan cosas, que carezco de algunas necesidades, ofertas o producciones que le pudieran venir bien a determinado paciente y desde ese lugar de reconocermelo carente es que puedo pensar que trabajando con otro, el aporte puede ser mucho más integral. Pero bueno, para eso hay que trabajarse a sí mismo.

Lo que aporta justamente la musicoterapia al equipo interdisciplinario es esto, la especificidad de lo que venimos desarrollando, le aporta a un equipo interdisciplinario una identidad, una manera de escuchar, una apreciación de lo que al sujeto le sucede que es original y propio y a su vez se nutre de aquellas otras posiciones de otras disciplinas, esto no lo estoy diciendo desde un lugar de que esto es siempre positivo, a

veces es muy complicado poner en acuerdo la escucha o la comprensión que cada disciplina tiene sobre lo que a una persona le sucede, pero bueno esto es parte justamente de lo que un profesional de la salud sea de la disciplina o profesión que sea, tiene que trabajar para poder construir con el otro.

-11 Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

La pregunta once me parece que es fundamental y muy específica cuando nos encontramos con un niño con mucha limitación orgánica, con un real en el cuerpo, hay una organicidad que no podemos negar. La escucha va a estar siempre atravesada, considerando a la escucha como el tratamiento musicoterapéutico y la intervención, va a estar siempre atravesada por el conocimiento de lo que al sujeto le sucede, le pasa y desde un conocimiento cabal y profundo de lo que significa una encefalopatía crónica no evolutiva, hay integrantes de un equipo interdisciplinario habituales en niños con este tipo de dificultades que vienen de un origen rehabilitador con una formación médica mucho más profunda que la nuestra, no es que no la tengamos, es que es más profunda, más específica en esos aspectos y justamente desde lo que nos podemos nutrir y aportar un montón es el conocimiento de lo que otros profesionales nos pueden brindar sobre el porqué de algunas manifestaciones observables en un niño gravemente afectado como para no negar que eso sigue siendo una producción del niño pero también conocer cuestiones básicas y no caer en un pensamiento mágico y sobre interpretar producciones como voluntarias cuando no lo son, o interpretar de acuerdo a un conocimiento vago de lo que implica la neuromotricidad.

No solo es algo que nos aportan otros profesionales del equipo, más desde la rama de la kinesiología, la fonoaudiología, la terapia ocupacional, como las tres ramas más rehabilitadoras del equipo interdisciplinario, sino también las disciplinas que ellos representan. En muchos casos, sobre todo en los inicios cuando yo comencé a trabajar y me encontré con lo potente e impactante que es un niño con parálisis cerebral con una perturbación neuromotora que impacta en lo visual, la imagen nos toma y quedamos tomados justamente por eso del orden de lo siniestro que se nos aparece por la perturbación motora, la perturbación en el cuerpo observable claramente. Primero hay que trabajar mucho con uno, con lo que a uno le pasa con eso pero también el aporte de otros profesionales que pueden darnos pautas muy sencillas de posicionamiento y postura corporal, cual es la mejor manera desde una concepción neuromotora y neurológica, cual es la mejor manera de tomar a un niño, de agarrarlo, sostenerlo, si con fuerza, si con sutileza, en que momento, como para comprender desde lo que es el aparato neuromotor y neurosensorial, cuales son los mejores modos de relacionarnos con el cuerpo del niño para poder producir un encuentro que nos permita en algún momento activar la escucha.

ENTREVISTADO 3(LIC EN MUSICOTERAPIA)

-1 Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

La experiencia clínica personal de mi trabajo con niños con ECNE es amplia y sumamente interesante ya que ningún caso es igual al otro, es más, generalmente son muy dispares entre si y muy pero muy peculiares en cuanto a sus características. Es sin duda un desafío para el profesional que desea ser parte de un tratamiento para un niño con ECNE y una apuesta a las bondades que su terapia puede brindar a pacientes con diversas características.

- 2 ¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?

La concepción de la discapacidad ha cambiado mucho a través del tiempo. En el pasado cobro mucha importancia el surgimiento de técnicas y formas de tratamiento debido a la demanda sucedida post guerra mundial. Luego, gracias a los avances en la ciencia y la medicina basada en la evidencia se fue fortaleciendo el concepto de rehabilitación como forma de volver a integrar al individuo con discapacidad en una sociedad. Desde los años 80 y debido la publicación de la Organización Mundial de la Salud de un documento amplio basado en la clasificación internacional de deficiencias, minusvalías y discapacidades, se toma mundialmente a la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento) como la herramienta de mayor reconocimiento mundial para evaluar procesos de prevención, rehabilitación y reinserción.

-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina? Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?

Claramente se puede trazar un paralelo entre los paradigmas históricos de la discapacidad y la Musicoterapia. No es casual que en los últimos 20 años de profesión se hayan publicado una enorme cantidad de investigaciones acerca del valor de la musicoterapia en los procesos de prevención, rehabilitación y reinserción. Los mayores avances en cuanto a la eficacia de las intervenciones de Musicoterapia en poblaciones específicas ha mostrado como la música es importante no solo por su capacidad de cambiar estados anímicos por ejemplo, sino como ejemplo de neuroplasticidad cerebral y posibilidad de rehabilitación de funciones pérdidas o descendidas luego de un trauma adquirido o heredado.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias
(NO CONTESTADA)

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

En mi opinión el Musicoterapeuta que trabaja con niños con compromiso neuromotor debe proveerles de nuevas formas de ejecución musical, de funcionamiento motor activo que garantice el éxito final: conseguir que un instrumento pueda sonar, que un sonido pueda ser vocalizado de la mejor manera posible, etc. Creo que los Musicoterapeutas somos profesionales que vemos en forma holística al ser humano y

por ello pensamos que es posible siempre brindar formas de participación activa en las actividades musicales.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

Estoy especializada en Neurologic Music Therapy (Thaut) desde hace más de 8 años y también me he formado intensamente en la Teoría de la Integración Sensorial aplicada a la Musicoterapia con la Dra. Berger (quien estuvo supervisando mi trabajo en forma presencial durante un mes intensivamente) y en formación permanente a distancia. Mi posgrado en Comunicación Aumentativa Alternativa y Tecnología Asistida de Aedin me amplió las posibilidades de pensar a la Musicoterapia aplicada a niños con ECNE que no pueden valerse de su cuerpo como herramienta sino que se ven limitados a una comunicación visual por ejemplo.

Los recursos propios de la Musicoterapia son los de la música primeramente: el ritmo, la melodía, la armonía, etc. También los propios descriptos por la NMT (Musicoterapia Neurorehabilitativa) muchos de ellos llamados en Argentina desde hace tiempo atrás bajo otros nombres, etc.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

Realizo un análisis de la situación actual del paciente por medio de la evaluación directa de las respuestas del paciente en diversos juegos y actividades musicales, más la suma de entrevista personalizada con su madre/padre o tutor y el intercambio con profesionales del equipo tratante. Con la suma de todos estos datos confecciono objetivos a trabajar a corto y largo plazo, varios de ellos cuantificables. Utilizo las filmaciones y anotaciones como medio de seguimiento del proceso terapéutico y para poder evaluar con certeza avances/retrocesos del paciente, ventajas y desventajas de las estrategias aplicadas a fin de alcanzar los objetivos planteados.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Es una pregunta muy amplia y a la vez un poco imprecisa. Las experiencias expresivas o formas de comunicación atípicas de las cuales estos niños pueden verse beneficiados tienen muchas veces que ver con la aplicación de métodos alternativos y aumentativos de comunicación o el uso de tecnología asistida. La adaptación de instrumentos musicales y buscar nuevos puntos de acceso en el cuerpo para poder ejecutar con acierto un instrumento es básico en niños con compromiso neurolocomotor severo. Quienes tienen mayores habilidades cognitivas, corporales y/o comunicativas tienen la posibilidad de utilizar menos asistencia y ortopedia para realizar las mismas funciones (ejemplo, sostener una baqueta para percutir un tambor)

-9 ¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

La escucha musicoterapéutica es valiosa porque dice mucho acerca de la forma de expresión de una persona, de sus habilidades cognitivas, de sus posibilidades de flexibilidad y exploración, de escuchar al otro y responder o no en consecuencia, etc. Yo creo que la población con ECNE no tiene demasiada variación productiva en cuanto a que no escuchamos demasiados cambios ni habilidades expresadas, sin embargo, entiendo que hay gente que valora la escucha y las toma como método de trabajo. Sin embargo, no es mi caso. Yo no priorizo la escucha como una estrategia de intervención.

-10 *¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?)*

Trabajo en varios equipos interdisciplinarios. No puedo pensar en el trabajo con niños con ECNE sin pensar en comunicarme con su equipo tratante tanto para escuchar como para comentar sobre mi visión del tratamiento y aportar en ida y vuelta. La musicoterapia debe comunicar en términos no musicales resultados observado par que las otras disciplinas puedan entender de lo que estamos hablando.

ENTREVISTADO 4 (LIC EN MUSICOTERAPIA)

1 Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

Mi experiencia en niños con ECNE en la clínica, yo trabajo con niños con ECNE desde hace siete años, poco después de recibirme comencé a trabajar con niños con encefalopatía crónica no evolutiva en hogares y centros educativos terapéuticos varios, y en el hospital público. Mi posición con respecto a esto es desde los cuidados paliativos, yo abordo a los pacientes desde esa perspectiva. El niño con ECNE es en cuidados paliativos lo que se llama grupo cuatro de atención. Los grupos de atención son cuatro depende de las características y evolución de la patología. En este caso el grupo cuatro se refiere a aquellos niños que tenían un desarrollo sano intra o extra útero, pero que ocurre un determinado evento que afecta su sistema nervioso central y tiene como consecuencia una patología que no es evolutiva pero que sus síntomas secundarios en la evolución de determinadas cuestiones que pueden aparecer como causa de su patología no evolutiva, en algún momento lo van a llevar al fallecimiento.

Que implica esto como posición no... básicamente que cuidados podemos dar para que ese niño tenga la mejor calidad de vida posible desde varios aspectos. Primero desde los aspectos motores y funcionales que tiene que ver con que aproveche la mayor posibilidad sus recursos funcionales para poder relacionarse con el mundo, y por supuesto también desde el aspecto subjetivo, de ofrecerle a ese niño que está condicionado por una lesión a nivel sistema nervioso central que afecta sus diferentes sistemas , motor, sensorial, de lenguaje , de la aprendizaje, de trabajo, y un montón de cuestiones, como podemos ayudarlo a que tenga un mejor desarrollo desde el punto de vista subjetivo, de que pueda aparecer un proceso de subjetivación , en el cual el como sujeto pueda mostrar algo de su afecto y de recibirlo y si se quiere una interacción reciproca que ayude a mejorar su calidad de vida y la de su entorno, la de su familia, la de sus cuidadores que van a ser los encargados de proveerles los cuidados que le van a dar una buena calidad de vida, entonces el trabajo al que uno apunta a lo largo de los

años es a eso . Mi experiencia tiene que ver con ese tipo de forma de pensar el abordaje que es la del cuidado del sujeto y de la posibilidad de atender a sus necesidades .Este aprendizaje ha sido a lo largo de los años estando en lugares privados como el hospital público, el hospital Pedro Elizalde, donde fui concurrente, jefe de residentes, y además parte del equipo de cuidados paliativos pediátricos.

- 2) *¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?*

2. El paradigma anterior previo a la ciencia moderna, la discapacidad era igual que la locura, y este tipo de patologías crónicas e incurables en ese momento estaban relacionadas con cuestiones más ligadas al castigo divino y demonización. Estamos hablando de varios siglos atrás, y por lo general la respuesta ante esto no era una respuesta con intención de generar salud sino con intención de exclusión. En ese momento el paradigma era la exclusión, que era esconder al loco en caso de la locura, y en caso de la discapacidad física era el ocultamiento del resto de la sociedad; entonces especialmente la persona con una discapacidad física de mayor compromiso motor y mental eran ocultadas en instituciones o en las casas.

En la provincia que vengo yo , en Tucumán, todavía incluso en lugares muy alejados esta la idea de que el niño con parálisis cerebral permanece en la casa oculto, y algunas veces recibe tratamiento médico , pero en algunos casos ni siquiera van a centros de rehabilitación , se los oculta porque generan vergüenza. Eso en algunos lugares hoy persisten, en algunos lugares la realidad es de que los nuevos paradigmas no han llegado.

Después empiezan a aparecer los paradigmas que tienen que ver con recuperar la funcionalidad. En el caso de los niños con ECNE , hace 200 300 años atrás no había la cantidad que hay ahora ,porque una de las razones por las que hoy tenemos estos niños con parálisis cerebral es que los avances de la tecnología han permitido que las causas de la parálisis cerebral ,que antes llevaban a la muerte a un sujeto de forma rápida , ya sea por un accidente , porque no había terapias intensivas , porque no había terapias neonatales, porque no habían antibióticos ,etc. . Estos daños que generaban una parálisis cerebral llevaban a la muerte, entonces las parálisis cerebrales eran muchos más raras de lo que son hoy.

Las encefalopatías crónicas no evolutivas o parálisis cerebral, prefiero usar ECNE, pero podemos pensar en cualquiera de esos dos términos.

La ECNE no era algo que vos vieras habitualmente, eso empieza a ver con los avances de la tecnología, las válvulas de derivación ventrículo peritoneal, el avance de las cirugías de cráneo alta complejidad, las medicaciones, los anticonvulsivos. Todo eso permite que hoy estos niños sobrevivan a situaciones que antes no hubieran sobrevivido, entonces ahora es mucho más común.

A principio de este siglo comienzan a aparecer los modelos rehabilitadores, si bien empiezan a surgir las terapias que piensan a la subjetividad, aparecen fuertemente los modelos rehabilitadores en la posguerra especialmente. Se trabaja mucho sobre la cuestión paramédica , el que decide es el medico más allá de las necesidades propias del sujeto , el medico es el que indica el tratamiento y las demás disciplinas vendrían a ser disciplinas paramédicas , y funcionan en relación a una prescripción y un diseño de objetivos terapéuticos médicos .Por lo general entonces es la funcionalidad y/o recuperación de un órgano o sistema pero no concibiendo en muchos casos la subjetividad como un parámetro a pensar en estos niños. Con el avance de la noción de

niño como sujeto de derecho ,del loco como sujeto de derecho , del discapacitado como sujeto de derecho y la toma de más fuerza, especialmente en los 70 y sobretodo en Europa , en Argentina empieza a aparecer después de la dictadura , tomaron más fuerzas las terapias de origen psicoanalítico, la filosofía francesa y el movimiento de desmanicomialización , y un montón de cuestiones que empiezan a tomar mucho más cuerpo . Especialmente en América latina después de las dictaduras, donde aparece también esta noción de la ruptura de la tensión del discurso médico hegemónico, y empieza a concebirse también al sujeto y a pensar que el sujeto tiene que ser considerado , y se tiene que trabajar en relación a poder facilitar los procesos subjetivos de una persona.

Qué ocurre? aparece en forma dicotómica para contrarrestar y equilibrar al discurso médico hegemónico ,se empiezan a ver debates en relación a qué es más importante ...?la subjetividad , la producción subjetiva, el inconsciente , o lo que pasa a nivel orgánico? Se empieza a caer el desarrollo de este tipo de terapias, empieza a aparecer la idea de la inclusión, de la normalización. Que la persona con discapacidad pueda llevar una vida lo más parecida a las personas que no tienen discapacidad.

Empezamos a salir de la noción del discapacitado en relación a la discapacidad como la falta de una función o el mal funcionamiento de una función orgánica. Empieza a aparecer también la noción de pensar que el sujeto por más que tiene alguna cuestión funcional que le impide realizar determinadas cosas, si tiene aspectos que son sanos que le permitirían realizar otras o compensar funciones. Y empieza a surgir esta idea de fortalecer aspectos que tiene un sujeto que no están tomados por la patología, entonces comienza a cambiar el paradigma hacia una noción relacionada con lo sano, con el abordaje del sujeto y de la subjetividad y de facilitar la aparición de aquellos aspectos que no están tomados por la patología y que también hacen al sujeto.

La idea de que el sujeto con discapacidad tiene una diferencia en relación a lo funcional, al funcionamiento mental o a cualquier cuestión, pero tiene una diferencia, y que esa diferencia tiene que poder ser incluida, y que el contexto tiene que poder generar alternativas para que esa inclusión sea posible. Y para que esa inclusión sea posible implica fortalecer los recursos y las herramientas propias del sujeto en esa intencionalidad de tener una vida lo más sana y activa posible. También hay algo del sujeto que tal vez es lo más importante que es justamente facilitar esa posibilidad de que sea el sujeto el que se incluya.

*-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina?
¿Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?*

-Cuando aparece la carrera de Musicoterapia, primero es que no aparece en cualquier lugar, surge en la Universidad del Salvador, en la facultad de medicina, y aparece como una disciplina paramédica y además dirigida por un médico que es Rolando Benenson. Surge fuertemente ligada a lo médico y a los aspectos de la rehabilitación. Incluso si tenés acceso a algunas revistas muy viejas de ASAM o de otras instituciones que escribían, vas a ver que aparece mucho el abordaje rehabilitador, la utilización del ritmo para el movimiento de tal cosa, el uso de la música melódica para otra.

Después surgen los famosos modelos con el tiempo, como el caso del modelo Nordoff Robbins, el modelo Thaut, que es un modelo de neurorehabilitación o el modelo de neurociencia. Son modelos que vos podés estar más o menos de acuerdo pero por lo

menos tienen una construcción empírica y científica mucho más seria y elaborada, muy bien descripta y trabajada. Después hay un montón de modelos tanto de los aceptados como de los no aceptados cuya construcción científica, sus aspectos conceptuales y empíricos hacen bastante agua por todos lados. En algunos casos tratan de poner nombre a cosas que no tienen ese nombre y que no son de ellos, no las descubrieron ellos, y no tienen por qué llevar ese nombre; son las vicisitudes de los principios de toda disciplina.

En muchos casos se trabajó desde el modelo rehabilitador, en algún momento empieza a aparecer la noción del sujeto como productor, en los ochenta. Acá en la Argentina, el cambio de dirección de la carrera, sino me equivoco fue Elcira Belloc, la primera directora en esta rama, donde salen muchos de los musicoterapeutas actuales y que tiene que ver con un paradigma más ligado a la filosofía francesa, a la idea de la constitución subjetiva que propone el psicoanálisis en sus inicios, y a las corrientes pos psicoanalistas, tanto las que discutían como las que no discutían con el psicoanálisis pero que lo hacían en relación al sujeto a la capacidad de producción en relación a la subjetividad, al sujeto como productor de discurso; y cuya estar en el mundo se relaciona en su capacidad de producir, crear y expresarse.

Entonces ahí empieza a salirse de la idea de rehabilitación, para empezar a pensar al sujeto en relación al vínculo, al contexto social, a la inclusión, y a su producción expresiva. También existe una convivencia con los dos paradigmas y hay gente que puede sostener los dos paradigmas a la vez, en relación de mantener una visión más compleja del sujeto. El paradigma neurocientífico igual ha cambiado, las neurociencias hoy no son las neurociencias y el pensamiento hegemónico de hace cincuenta años, antes las condiciones orgánicas eran condiciones dadas, y hoy se sabe que la relación con el ambiente, el abordaje con la subjetividad tienen un fuerte impacto en el desarrollo del sujeto, y la neurociencias no lo niega. Entonces hoy hay otras posibilidades de construcción de diálogo con eso. Hoy por hoy la noción especialmente en niños de que la presencia del otro, de un entorno que facilite el desarrollo, y la constitución subjetiva es esencial más allá de las condiciones orgánicas dadas. Que las condiciones orgánicas, la manifestación de lo genético, el fenotipo hoy aparece en fuerte relación con el ambiente, entonces hoy no se puede negar esa famosa ecuación que se decía que todo fenotipo es genotipo más ambiente. Esa idea de que lo genotípico como una condición dada de la cual solo quedaba tratar de rehabilitarlo para que el chico quede todo espástico en una posición terrible o que el niño con autismo hay que abordarlo conductualmente porque es la única forma que aprenda algo, no. Hoy se sabe que en las formas de abordaje se deben combinar varios factores, el conductual, pero también el expresivo, la posibilidad de construcción del juego espontáneo.

Que esas cosas son importantes para que un niño tenga un desarrollo sano, y se va pensando la idea de llevar al niño al campo de la infancia más sana posible. Y no en relación a como es un niño enfermo que es diferente, vos tenés que abordarlo en forma diferente.

Hoy lo que uno ve y planifica todas estas estrategias tiene que ver con eso, y la musicoterapia fue creciendo en ese sentido con los otros paradigmas, con los paradigmas de salud, la musicoterapia hoy está apuntando a eso también.

Hay entonces un correlato histórico, pasamos del modelo paramédico en un momento donde aparecía en relación a la discapacidad una cuestión absolutamente paramédica, era el discurso médico, los objetivos eran específicamente médicos más allá de la necesidad del sujeto, y la musicoterapia respondía a eso.

Cuando empieza a aparecer el movimiento en relación a la subjetividad, los nuevos movimientos de la salud mental, la musicoterapia por lo menos en Argentina comienza a tener un viraje en ese lugar y empieza a tomar la noción de discurso sonoro y de expresión. También surgen los famosos modelos improvisacionales y modelos de técnicas receptivas, o donde el sujeto no es productor del discurso, no se ubica en un lugar de producción de discurso, sino que se ubica en un lugar de receptor de estimulación sonora para algún fin.

La necesidad de llamarlo modelo deviene de esta corriente que empieza en los 80 en los discursos sanitarios y médicos, que era el positivismo absoluto y la necesidad de mostrar con números cosas. Hoy por hoy eso también está poniéndose en discusión porque hay disciplinas de la salud que no pueden demostrar su laburo solamente con números, porque hay cosas que en los números se pierden en su complejidad. Hoy se ha logrado la coexistencia entre esas formas, porque tiene que haber por un lado la cuestión de ordenar y sistematizar las observaciones de una disciplina para generalizar algunos aspectos conceptuales, pero también es necesario poder sostener aquel aspecto que permite la singularización.

Hoy históricamente la musicoterapia está en ese momento de quiebre, en poder ir hacia ahí sin perder la esencia de nuestro objeto de estudio, y la cuestión del discurso sonoro y la producción de discurso y expresividad. Estamos ahí en este momento de recambio histórico.

También hay que entender que los paradigmas van a ir cambiando cada vez más rápido, hoy estamos en un paradigma en este lugar, pero es muy probable que dentro de diez años ya estemos hablando de otro paradigma totalmente diferente, porque los avances sociales y técnicos son cada vez más vorágines y también nuestras poblaciones de abordajes son cada vez más diferentes.

El TEA o los niños con ECNE u otras cuestiones relacionadas a la patología y problemáticas de la infancia, a la salud, a la pediatría no son las mismas hace diez años, no son las mismas hace cincuenta, pero cada vez van a tener más cambios rápidos porque hay cambios sociales en el mundo entero que están impactando y eso modifican la población que uno aborda.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias.

Ahí está unos de los principales defectos de los modelos de la Musicoterapia .Porque de ultima si vos querés hablar de modelo en una disciplina, el modelo es para algo, no solamente es una forma de abordaje, sino es una forma de abordaje de algo. No hay ningún modelo que sea específico de discapacidad, son modelos de metodología, porque lo aborda alguien que lo empieza a aplicar porque se hizo el cursito, y lo aplica en un montón de lugares que por ahí no tienen nada que ver: EJ. Modelo Bruscia aplicado a niños con enfermedad oncológica avanzada. El modelo se convierte en algo general e inespecífico con un fuerte perfil marketinero.

Rescato dos modelos: el Nordoff Robins y el Thaut, son modelos totalmente diferentes entre sí, porque uno es un modelo improvisacional y el otro es neurocientífico, y apuntan a una forma de abordaje pero sigue siendo en general.

En el ámbito de la discapacidad motora es probable que sea más utilizado el modelo Tahut, por las características de los pacientes. Cuando por ahí el modelo de atención a niños con discapacidad mental o desórdenes mentales, estoy tratando de tomar nombres que tengan que ver con las formas en las que se nombra en el discurso médico, pero los podemos llamar como niños con algún trastorno en el proceso de la adquisición subjetiva ahí. Son modelos que hablan uno más de la improvisación y otro de aspectos más neurocientíficos y estructurado, no tiene que ver con improvisar en forma libre sino que tiene que ver con objetivos específicos, tareas específicas, ejercicios específicos relacionados con la capacidad de hacer música o de escuchar música.

Son los modelos que más rescato, después hay un montón de modelos pero creo que no hay ninguno específico para el abordaje de la discapacidad motora o de la discapacidad intelectual.

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

Los musicoterapeutas trabajamos para favorecer los aspectos expresivos y creativos del sujeto, permitiéndole modificar su forma de vincularse con el mundo en una circunstancia x, que afecta de alguna forma su salud. En todo lo que implica salud, no solamente la presencia de enfermedad, hay situaciones que pueden producir angustia. De hecho tener una encefalopatía crónica no evolutiva pasa a ser una condición más que una enfermedad, la causa puede ser una enfermedad pero es una condición.

En ese sentido cuando uno aborda a un niño trata de generar lo que le parece más sano para un niño. Favorecer la aparición de aquello que es sano para un niño, que es la posibilidad de expresarse, jugar, vincularse con el otro, de que el vínculo con el otro no sea solo con aspectos que tengan que ver con la funcionalidad o con la enfermedad, sino que tiene que ver con la posibilidad de un intercambio lúdico, de formas de encuentro diferentes y de diferentes formas de estar y comunicarse con el mundo.

Ahora cuando digo esto también digo, un musicoterapeuta para poder hacer eso, no puede estar parado solamente desde un lugar de por ejemplo: yo trabajo desde el pensamiento estético, que es mi línea. El pensamiento estético en Musicoterapia dice tal y tal otra y no habla de neurociencias, entonces las neurociencias están mal, son marquetineras y son malas. Si yo trabajo con un niño con encefalopatía crónica no evolutiva tengo que conocer como procesa su sistema nervioso central, las características de su patología. No puedes dejar de conocer que el sistema nervioso central funciona de determinada forma, que cuando se produce una lesión en el cerebro compromete determinadas cuestiones, y esto que está comprometido va a pasar a hacer inevitablemente las condiciones de la producción de ese niño, las condiciones de producción de discurso de ese niño. La condición por los cuales ese niño va a poder constituir formas expresivas, formas sonoras expresivas de carácter comunicativo vincular, y que están condicionadas por su patología también.

Si un niño tiene espasticidad severa y no tiene posibilidad de mover miembros superiores como inferiores, ese niño tiene un compromiso neuromotor que inevitablemente tenemos que comprender como funciona para poder diseñar una estrategia, por lo cual vos facilites, porque el musicoterapeuta es eso, es una persona que tiene un rol facilitador de las posibilidades expresivas del otro, porque nosotros no construimos, no generamos la expresión en el otro, nosotros facilitamos el proceso,

habilitamos la posibilidad de producción generando determinadas condiciones para que se suceda y se sostengan en el tiempo.

Para esto tenemos que saber que pasa, como también tenemos que saber que un niño con diagnóstico de autismo por ejemplo, puede tener diferentes formas de procesar el entorno sensorial que las que otro niño que no tiene un diagnóstico de autismo, o que hay determinados aspectos que tienen que con determinadas patologías que uno tiene que conocer, uno tiene que conocer cada patología, cada diagnóstico tiene particularidades que esta bueno conocer porque son condiciones de producción, son condiciones de producción en las cuales van a condicionar a ese niño para producir, tanto las condiciones patológicas a nivel orgánico como a nivel subjetivo si se quiere llamarlas así, como también las condiciones de familia en situación vulnerable, situación de violencia familiar en la casa. Todas esas son condiciones de producción de un niño. Y uno tiene que entender que esas situaciones requieren conocimientos específicos.

Entonces volviendo a la pregunta sobre la función del musicoterapeuta en esta población infantil con compromiso neuromotor severo, los musicoterapeutas facilitan los procesos expresivos y creativos del niño para poder vincularse de una forma más sana con su entorno considerando también el abordaje de cuestiones que tienen que ver con su patología de base que van a ser requeridas para facilitar esos modos expresivos. Yo tengo que poder conocer determinadas cosas, por eso por ahí a veces, saber algo de neurorehabilitación ayuda a que alguien pueda también favorecer determinado movimiento que ayuda a ese niño a tener otro canal expresivo y no está demás. Porque no siempre los niños van a poder descubrir solos cosas que pueden hacer, o a veces van a necesitar que nosotros los ayudemos a reiterar determinado proceso, para que adquieran determinada habilidad que después le va a dar una posibilidad expresiva más y que a la vez va a mejorar su calidad de vida, que es en el fondo lo que nos preocupa a todos los profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud existimos para mejorarle la calidad de vida de la gente y no para debatir quien tiene la razón conceptual de un sujeto.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

No trabajo desde ningún modelo, de hecho no adhiero a ninguno y puedo hacer críticas a todos en sus formas de construcción por las cuales ni siquiera debieran llamarse modelos.

El principal recurso que tiene el musicoterapeuta es la escucha, es la escucha sensible, es la escucha del detalle sonoro expresivo. Yo no hablo de escuchar lo sonoro puramente, me parece que es una forma y un aspecto de tomar un mismo caso clínico. Yo trabajo mucho pensando lo corporal, la disposición del cuerpo, los gestos, la vincularidad. Yo tomo mucho la cuestión del vínculo, el encuadre, la producción sonora en sí, la construcción de gestos y formas expresivas, que no necesariamente sean sonoras, pueden ser gestuales, lúdicas, con juguetes.

Lo que me interesa es la forma de construcción, porque los musicoterapeutas apuntamos a eso, a la forma que construye la forma expresiva. A como se produce el modo de comunicarse y el modo expresivo, y a como varía eso en el tiempo. Me parece que es central cuando hacemos Musicoterapia. Entonces, si nosotros estamos atentos a esas cuestiones, no solamente es lo sonoro específicamente, también es como juega el niño en la sesión, que no me interesa el contenido literal del juego, a mí me

interesa como construye la escena lúdica. Obviamente que es interesante el contenido literal del juego y uno lo comparte con el psicólogo, lo charla; lo que digo que es importante como lo construye, el andamiaje que uno va construyendo en co-construcción en una deconstrucción de aquello que estaba fijado en un determinado lugar y que pasa a tener otra forma. En la re significación de determinadas formas no solo sonoras sino corporales, me parece que esos son los recursos de la Musicoterapia.

La escucha tiene que ver con toda la escena que se da en esa sesión, en ese encuadre terapéutico, teniendo especial atención a esos detalles de la construcción formal, del devenir de la forma, esa es la escucha del detalle, la escucha del pequeño detalle sonoro. Poder tomar esa pequeña modificación sonora, pequeña presencia sonora corporal o de relación con un objeto, y poder ir desentramándola y darle diferentes posibilidades de devenir en el tiempo.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

En esta población uno tiene que tener la posibilidad de entender que es un abordaje que requiere de tiempo, de escucha, de poder sostener una escena donde no hay mucha variación, y eso es una condición real.

Por lo general muchos de estos niños por el tipo de lesión orgánica que tienen, hay muchas cosas que con el devenir del tiempo no se modifican o aún más empeoran si se quieren, son cosas que están fuera del manejo de todos porque el tipo de patologías, las ECNE tienen estas características. Si bien la lesión no evoluciona, la realidad es que tienen eventos de infecciones o de deterioro orgánico a raíz de la lesión original, que impactan en sus posibilidades subjetivas y en sus posibilidades físicas. Entonces cuando muchas veces aparecen en determinadas situaciones de un niño que esta comunicativo, con más intencionalidad comunicativa, con más presencia sonora incluso, y que de repente pasa que tiene una neumonía y está dos meses internado, cuando vuelve, el pibe es otro.

Es particularmente una clínica de estar, de esperar el detalle, de sostener la escena, soportar silencios y aportar mucho corporalmente uno. Es una forma de habilitar al sujeto para que aparezca su producción discursiva, sus formas de expresión. Requiere de mucha presencia por sus condiciones para poder reconocer al otro, y para poder interactuar con otro, ya que están muy vedadas por aspectos de la patología.

Yo trabaje con niños muy severos igual, por mi condición de paliativista tanto en los lugares donde he trabajado, los niños con parálisis cerebral eran niños de una severidad impresionante.

Lo principal es sostener la escena, sostener los silencios cuando son necesarios, poner mucha presencia, ofrecer objetos porque en muchos casos son niños que no pueden manipular objetos, no pueden ellos mismos ir a buscar un objeto para tomarlo como otros pibes que pueden deambular por el consultorio, que agarran los instrumentos, los guardan, los eligen, los rompen. Hay muchos casos que ves que agarran los instrumentos y hacen lo que pueden, ni siquiera podemos decir que hacen lo quieren. En muchos casos quieren manipular un objeto y se les caen, y toda esa construcción implica sostenerlo y no olvidarse que está ahí un sujeto, y darle carácter de comunicación, de intención y de encuentro con un otro desde lo que están haciendo. Porque es su forma de poder encontrarse con otro, entonces poder escuchar ese detalle que tiene una variación afectiva, que no es una cosa repetitiva igual a sí misma, sino que hay algo en esa forma que empieza a aparecer, cuando uno empieza a poner el cuerpo, a donar lo sonoro, a donar la presencia. A donar en el sentido que se pueda ofrecer algo que habilite que ese niño pueda construir algo con eso.

Y entrar en esta trama vincular, cuando aparece eso, poder darle esa relevancia que tiene, que no tiene que ver con la repetición, con la patología. Ahora también es

importante tener en cuenta cuando hay algo en relación a su patología de base que puede ser descargas corticales, dolor, dificultad respiratoria, hay que tenerlas en cuenta cuando uno está trabajando con los chicos, porque si no tenemos en cuenta eso y hacemos determinadas intervenciones hacemos que los chicos la pasen mal.

Si nosotros utilizamos determinados sonidos, determinados golpes, determinados instrumentos que vemos que activan su sistema de alerta, estímulos que activan el sistema reticular ascendente y los pone más alerta y tensos, aumenta la espasticidad y les aumenta la respiración, tenemos que poder leer esa escena. Porque si no le estamos haciendo mal al chico, la está pasando mal, eso tenemos que poder leerlo como intervención también.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Lo primero que tenemos que entender cuando hablamos de estrategia, que la estrategia no es algo dado perse, no es un librito con estrategias, no hay un manual. La estrategia es una construcción. Contrariamente a lo que van a decir muchos que de que no hay método, de que hay que escuchar al paciente...no hay que tener método...Si...hay que ser muy metódico, hay que tener mucho entrenamiento, especialmente con los niños con ECNE donde todo es muy pequeñito, donde rescatar un gesto, un sonido y a veces implica también poner el cuerpo de uno, implica modelar, aunque a muchos no le va a gustar, modelar al otro para que pueda acceder a algo.

El poder escuchar en el vínculo eso que uno está haciendo o no está haciendo es algo que el paciente quiere y lo ayuda, y sirve para nuestro propósito que es ofrecer una experiencia expresiva subjetivante. Entonces me parece que no hay un método en forma de receta, pero requiere un metódico entrenamiento de la escucha de los detalles, del observar las necesidades de los pacientes, y poder ir tomando las sutilzas que nos va ofreciendo ese niño en esa condición en la clínica pero también nos implica ofrecer algunas sutilezas en forma de donación. En forma de no dar algo para que sea ese algo sea lo importante sino donar algo para que eso pueda ser retirado, pero que le sirva de apoyo al niño para que pueda aparecer otra cosa, para que el niño pueda hacer con ese que nosotros damos algo de él.

Cuando yo hablo de donar hablo justamente de si se quiere que se presta para favorecer una situación. Para ayudar al otro para que pueda entregarse a la experiencia y construir una experiencia y desarrollar una forma expresiva que le es propia pero que le cuesta mucho ponerla en juego por sí mismo, porque tiene una serie de condicionamientos a nivel neurológico y motor que no lo permiten.

Entonces la estrategia es poder evaluar desde la escucha, desde la observación del vínculo cual es la necesidad de ese paciente, para poder construir una intervención clínica que sea acorde a sus necesidades en términos de donación. Ósea en términos de algo que sirva para ubicar la potencia de ese sujeto, lo que potencialmente ese niño puede hacer y llevar a cabo sin caer en algo que satisfaga una necesidad u ofrezca la solución a esa necesidad porque nosotros pensamos que es lo mejor. No, nosotros lo que vamos a ofrecer es una donación de un recurso que va ayudar a ese niño a sostener una forma expresiva o a construir una forma expresiva pero que es de él, y que tiene que dar cuenta de una potencialidad de ese sujeto y no de algo que yo creo que es lo mejor, o que yo creo que necesita como terapeuta.

La necesidad es una construcción muy compleja, la observación de esa necesidad y de esa estrategia va ser una construcción muy compleja que se va a dar en el entre dos, que se va a analizar en ese vínculo, pero tiene que si o si tiene que ver con ese sujeto que está enfrente y no lo que yo considero, porque la escucha tiene que ser, sutil, y

tiene que ir silenciando lo que yo creo que puede ser lo mejor, para entender que lo mejor se va a ir dando a partir de lo que el paciente me va mostrando.

9- *¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?*

La escucha musicoterapéutica es una escucha que tiene que ver con el detalle expresivo, con el detalle expresivo y creativo. Es una escucha de la forma que deviene la expresividad del otro en un vínculo y en determinadas condiciones, pero en el vínculo principalmente. Y es una forma de escuchar aquel aspecto que es sano que no es tocado por la patología, la escucha musicoterapéutica tiene esta característica de escuchar esa forma expresiva, sea sonora o alguna otra forma expresiva y poder tomarla en su carácter de manifestación sana del sujeto más allá del diagnóstico, de la etiqueta y del diagnóstico, por una cuestión concreta como lo es en el caso de un niño con ECNE.

Es poder escuchar ese aspecto que es sano, que se preserva, que es el de su subjetividad, porque la subjetividad es el lugar de lo posible, es la posibilidad de escuchar lo posible. Aquello que es alojado como una posibilidad de salud y como una posibilidad de devenir y construir otra cosa alternativa a lo que se espera de un niño con estas características.

Esa es la escucha que aportamos, esa es la escucha musicoterapéutica, y eso es lo que aporta, la posibilidad de escuchar lo sano. Cuando mucho en otras disciplinas lo que enfoca es en el aspecto funcional, o el aspecto enfermo o en algún aspecto que tiene que ver con generar una actividad sana, pero no necesariamente implica la posibilidad de producción subjetiva y expresiva.

Estamos hablando de la posibilidad de aparición de la subjetividad y de la forma de encuentro con otro, lejana a la palabra que construye sus propias normas cuando se produce el encuentro y que en ese encuentro aparece algo que es sano de ese sujeto y se dispone con otro, y se dispone para un otro con otro, que se cuestiona a sí mismo y construye una posición nueva y la escucha musicoterapéutica facilita eso.

-10 *¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?)*

La mayor parte de las instituciones, especialmente las instituciones grandes tienen un gran déficit de interdisciplina, por lo general el abordaje es multidisciplinario y los niños tienen muchas disciplinas a su alrededor.

Yo tuve la suerte de trabajar en un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, como paliativita pertenecía al equipo y trabajaba en ese equipo. Y ese era un equipo de cuidados paliativos, y además tenía que funcionar como un equipo interdisciplinario con otros equipos, y ahí se armaba la dificultad porque nosotros si teníamos intercambio interdisciplinario, pero con los otros equipos no podíamos sostener ese mismo intercambio por cuestiones institucionales, de tiempo, de espacio, de presión y temperatura. Por lo que sea, pero no se podía, era muy difícil sostener este tipo de intercambios, no había comunicación, no había elaboración de estrategias propias. A veces se decía de hacer una cosa y el otro equipo decidía hacer otra, obviamente peleas y discusiones, en algunos casos fuertes. Yo he escuchado acusarse entre médicos prácticamente de asesino o de torturadores, he escuchado a una médica que trabaja con mi equipo que ella no iba a ser cómplice de asesinato y no iba a sacarle el antibiótico a una niña con ECNE en estado de agonía, a pesar que el antibiótico no le iba a cambiar su condición, porque lo que tenía no era una infección ya, era un compromiso

pulmonar severo y la niña seguía evolucionando en su patología, estaba en los últimos días de vida por una serie de signos que ya eran evidentes, y el antibiótico era de alto espectro que la comprometía a nivel orgánico.

Estas cuestiones médicas que yo la aprendo en interdisciplina, y que es importante saberlas porque así uno entiende de que está hablando el equipo y de que se trata los intercambios que se hacen.

Este tipo de cuestiones demuestran que en un hospital grande por lo menos la interdisciplina no es fácil de construir. Es hacia donde deberíamos ir, de hecho deberíamos ir hacia una transdisciplina, las instituciones grandes especialmente cuando se ven desbordadas por alguna cosa se les complica mucho esta cuestión.

Que aportamos nosotros desde la interdisciplina? Justamente aportamos esta posibilidad de construir a partir de aquellos aspectos que son sanos del sujeto que hablábamos antes.

Esta posibilidad de escucha del detalle y de poder tomar un pequeño detalle gestual sonoro expresivo y convertirlo en una forma sana de intercambio, de vincularse. Y de estar en un contexto que por ejemplo, de pasar en un contexto hospitalario que es toda enfermedad a aparecer algo con la salud dentro de ese contexto, y eso implica otras formas de vincularse con ese medio.

Nosotros ofrecemos eso. Incluso si pensamos aspectos de la rehabilitación, la posibilidad de este encuentro con el sujeto sumado a determinadas técnicas, que pueden ser incluso interdisciplinarias en relación a la rehabilitación, se puede pensar que sostener el tomar aspectos sanos favorecen también la posibilidad de rehabilitar determinadas funciones orgánicas, de preservar determinadas funciones cognitivas o recuperar determinadas funciones cognitivas y ejecutivas.

Esas cuestiones se pueden trabajar a partir de esta escucha porque esta escucha permite generar condiciones en las cuales un sujeto puede funcionar de forma diferente, porque justamente aparece el sujeto. Y ese sujeto puede encontrarse con otro sujeto desde otro lugar, y poder hacer lo mismo que de otra forma parecería de forma mecánica convertirlo desde una forma de laburar pero desde su propia subjetividad, desde su propio deseo, y desde una forma de encuentro que tenga que ver con el afecto y con las posibilidades que hay en el encuentro humano.

-11 Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

Recién te comentaba en relación a los antibióticos, esto es un aspecto medico pero que esta bueno saberlo, porque así uno sabe qué medidas médicas se está tomando con un niño y hacia a donde apuntan. Esta bueno conocer esas cosas, porque así entendés también las condiciones reales en las cuales está el paciente. No está bueno solamente saber mucho de lo que uno hace, pero ser doña rosa cuando opinamos sobre lo que otro profesional está haciendo, y de las decisiones que está tomando.

En general yo trato de tomar aspectos de todas las profesiones que me encuentro, cuando trabajo con kinesiólogos o con terapistas ocupacionales, la postura de los niños, tanto a la hora de tocar y no solo de compromiso con ECNE, en general, cuestiones

posturales, de movimiento, cuestiones que pueden generar o no dolor, que pueden ayudar a aliviar el dolor, que pueden facilitar un movimiento.

En el caso de los psicólogos determinados procesos psicológicos que uno tiene que conocer de un niño, cuando pasa por una fase de enfermedad, o que tiene que ver por los procesos que pasan los cuidadores de un niño .Por ejemplo un niño con ECNE , los procesos que pasan los cuidadores de ese niño , los papas o quien sea que tenían una expectativa con respecto a su hijo y que ahora su expectativa no es , influye también en lo que el niño va a dar expresivamente y en la forma en que los padres se van a comunicar.

En algún punto eso a mí me interesa porque yo como paliativista , especialmente en mi trabajo hospitalario, tenía que pensar cómo podía ayudar a esos padres a vincularse de una forma diferente con ese niño, y mi intervención tenía que apuntar a ese lugar , y cuando yo apunto a ese lugar ,tengo que conocer cuáles son esos procesos que está haciendo ese papa, porque yo no lo puedo obligar a vincularse , el vínculo es un proceso y para que ese proceso se dé , tiene que estar en correlación con ese proceso que está haciendo del duelo de ese hijo que pensaba que iba ser de una forma y no lo es.

Entonces esos proceso tienen que tener un correlato, y para eso es necesario además del trabajo interdisciplinario poder reconocer determinados aspectos que hacen a ese proceso psicológico, porque es un proceso psicológico.

En mi caso particular, los que hacemos paliativos, en interdisciplina aprendí un montón de cuestiones de evaluación de síntomas. A mí me paso una vez en un niño con ECNE, reconocer yo una convulsión y un directivo de una institución no reconocerlo y decir que era una sonrisa social, hasta ese punto.

Es importante aprender estas cosas que uno las aprende de otras disciplinas o las aprende del médico, del enfermo, pero aprendes a observar determinadas cosas y aprendes a ver qué está pasando. Porque tranquilamente podía estar pasando que el nene estaba sonriendo y no era una descarga y la estaba doliendo, es más la reconocí más por dolor que por convulsión, pero era una convulsión.

¿Que aprendí de otras disciplinas también ? a cómo comunicarme con un papa , yo cuando hago una entrevista , inicio un tratamiento con un paciente , mi forma de comunicarme con un papa por ahí es diferente a como lo hacen otros terapeutas , yo vi más de una vez a terapeutas sentarlos en un escritorio , y yo con los papas me siento de frente en una silla , para dar una sensación de cercanía, de alojarlo como sujeto también a él , porque él va a venir a depositar su confianza en mí para trabajar con su hijo y uno tiene que también poder escucharlo .

Y la noción de no separar al niño de su familia, de no culpabilizar a la familia de lo que le pasa al niño, un montón de cosas que yo aprendí e la interdisciplina. Y que parece que la aprendemos en la facultad y no.

Como comunicarnos con los papas de los pacientes, como dar noticias, como preguntar inquietudes, no las aprendimos en la facultad, las técnicas de comunicación, aprender a comunicarse y a comunicar las cosas y a manejar la comunicación es central, y eso lo aprendí en interdisciplina.

ENTREVISTADO 5 (LIC EN MUSICOTERAPIA)

1. -*Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE*

Mi experiencia con niños con parálisis cerebral arranca desde el año 90 en AEDIN hace bastante tiempo, y como experiencia fue de mucho aprendizaje. Siempre atendí grupos y hace unos años que atiendo en forma individual en la Institución, aunque ya hace 10 que atiendo en forma particular. Pero la mayor experiencia es en atención de grupos en AEDIN.

- 2 *¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?*

Sin contestar (REFIERE A QUE NO CONOCE)

-3 *¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina? Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?*

Sin contestar (NO CONOCE DEL TEMA)

-4 *¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias*

En una oportunidad tuve la posibilidad de hacer una supervisión con un musicoterapeuta que tenía otra línea de atención o de abordaje, y me hablaba mucho sobre el deseo, como captar el deseo de los chicos y desde allí trabajar. En esta población es más complicado, sobre todo cuando hay chicos con un compromiso neurológico tan grande. Trabajo desde las posibilidades de los chicos tomando las fortalezas y desarrollándolas.

-5 *¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso?*

neuromotor severo?

La función tiene que ver con la rehabilitación, con dar la posibilidad que a través del canal musical se pueda trabajar distintos aspectos de los chicos desde lo cognitivo, lo físico, lo sensorial, donde se puedan abordar distintos áreas del desarrollo con la herramienta que tenemos que es la música y sus componentes.

-6 *¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?*

Los recursos propios de la musicoterapia son la música, el sonido, el movimiento, el silencio. Los instrumentos musicales son una herramienta muy importante porque ofrecen la posibilidad de trabajar sobre distintos esquemas de acción, sobre el ritmo y también trabajar sobre el espacio haciendo por ejemplo distintos esquemas de secuenciales. El canto, la canción y el sonido en sí y todo lo que tenga que ver con lo expresivo. También son importantes todos los elementos no sonoros con los que se pueden trabajar distintos aspectos del desarrollo.

Lo tecnológico es un aporte, la utilización de algunos programas en la Tablet o en la computadora son elementos que no podemos dejar de lado. Dispositivos tecnológicos como el stepbystep, bigmac, y otros son muy importantes para el tratamiento, sobre todo cuando no hay lenguaje hablado.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

Las intervenciones y el tratamiento parten fundamentalmente del conocimiento de los chicos, de la evaluación de sus fortalezas y debilidades. Me gusta partir desde las fortalezas y desde ahí ir hacia adelante. Y los grandes caminos que me planteo tienen que ver mucho con la comunicación, la expresión verbal y sonora, la conexión; la cognición, la función motriz. Cuando trabajamos con instrumentos, que ese instrumento pueda favorecer el movimiento con sus manos o con su cuerpo. También que sea favorable a su vez con el miembro afectado para que pueda ser rehabilitado también. El seguimiento visual y auditivo, hacer juegos musicales donde se requiera cierta exigencia cognitiva también.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Uso mucho el micrófono para que se puedan tener otro registro de su voz (algunos les encanta otros les cuesta) Los dispositivos con salida de voz como el stepbystep , el bicmac que los usos muchísimo porque ante la no posibilidad del lenguaje hablado viene muy bien para la participación, toma de turnos, coordinación óculo manual, intención motora entre otras cosas. Lo que busco en muchos casos es que el sonido que puedan hacer sea importante dentro de un contexto musical. Hacer sonidos intencionales, dependiendo de su nivel cognitivo y motor, suele ser complicado, por eso la música ayuda proponiendo un ritmo, un tiempo que es motivante en sí para poder realizarlo. Por ejemplo hay una nena que estoy atendiendo que pueda hacer las terminaciones con las vocales, y hablando con la mama le preguntaba cuáles son las sílabas que pueda hacer y me nombro dos o tres, así que lo que hacía era exigirle un poquito que termine con la sílaba TA por ejemplo en vez de que lo haga con la A solamente y la gordi lo hacía , y el MA que no lo podía hacer utilice otra técnica que tiene que ver con fonoaudiología que es el PROMT , tocando los labios y ayudando a la formación de la letra M junto a la A y le salió MAMA, esto dentro del contexto de una canción. Su mamá que estaba en la sesión estaba muy feliz ya que lo estaban trabajando mucho en fonoaudiología y no salía.

Otro aspecto que estoy tomando bastante es el ritmo, el año pasado hice una capacitación de musicoterapia neurológica y me pareció muy interesante como toma el uso del metrónomo para hacer actividades de rehabilitación con instrumentos por ejemplo. Me pareció bárbaro y lo estoy usando bastante. Es un organizador incluso en la conducta también.

-9 ¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

-Hay distintos tipos de escucha, como que hay una escucha más psicológica o más psicoanalítica que realmente no la tengo ejercitada porque es realmente otro tipo de población. Mi escucha tiene que ver con la producción que hace el niño y que podemos hacer juntos en un grupo.

-10 *¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?*

El trabajo en AEDIN es interdisciplinario, quizás hay fallas en lo que hace a las reuniones, hay dificultad para ponernos objetivos juntos. Pero si uno tiene la posibilidad de hablar con distintos terapeutas ¿Qué es lo que aporta la musicoterapia al equipo interdisciplinario? Un poco lo que te decía antes, la música tiene esta particularidad que se trabaja en los dos hemisferios, entonces hay una plasticidad neuronal, que es la que tenemos que aprovechar, para poder formar nuevos canales, y esto es a lo que apuntamos. La música, el canto, el escuchar, nos lleva a distintas emociones, situaciones, particularidades y todas las actividades musicales hacen que se puedan ir desarrollando otras áreas del desarrollo. No es que uno pretende que el objetivo sea que un niño cante una canción en sí, sino que se pueda expresar con lo que tiene, porque muchas veces es un sonido, muchas veces es una vocal, alguna que otra consonante. Pero esto dentro de un contexto sonoro, dentro de una canción, dentro de una actividad musical tiene otra dimensión. El recurso que es la canción, es muy importante ya que se trabajan un montón de áreas que tienen que ver con lo cognitivo, la memoria, la atención, la expresión, que se van desarrollando o que van yendo hacia las otras áreas del desarrollo

-11 *Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?*

Mi aprendizaje también tiene que ver mucho con las otras disciplinas. Por ejemplo con fonoaudiología, aprendí mucho lo que es comunicación, lo que es como poder comunicarme a través de un tablero de comunicación, los pictogramas, aprender mucho sobre tecnología como los stepbystep o bigmac??? Que son aparatos donde vos puedes grabar distintos mensajes y puedes hacer una actividad musical con una canción donde uno va grabando una parte y otra la cantas vos y se hace un dialogo musical que está muy bueno para chicos que no tienen lenguaje hablado.

ENTREVISTADO 6 (LIC EN MUSICOTERAPIA)

1-Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

Dar lugar al sujeto expresivo es humanizante, aún lo sutil que se pueda desplegar en casos muy comprometidos neurológicamente.

Contar con el asesoramiento de kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales en lo postural para cada niño, facilitó que los recursos e intervenciones que se pusieran al servicio de la comunicación del niño, sean más efectivos y se amplíen las posibilidades de contacto y de expresión con fuentes sonoras, entre otros.

Si el niño tiene una mejor postura, si se logra disminuir por ejemplo el tono muscular, la espasticidad, si se lo ve más relajado escuchando su respiración por ejemplo, habrá otra disponibilidad para el intercambio.

Es muy importante también la postura y disponibilidad corporal del profesional, para ofrecer un sostén sólido al niño.

2) *¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?*

3) *¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia a lo largo de la historia en discapacidad? Describir y trazar diferencias*

No puedo dar cuenta detalladamente de los modelos que existen porque no es en lo que creo. Puedo mencionar de otras épocas, que algunos colegas lo ubicaban -especialmente en instituciones de rehabilitación- como un abordaje “soporte” a los “centrales” de rehabilitación tradicional (fono, T.O, Kine); en otros; como de “auxiliares” de los psicólogos.

Los modos de atención de Musicoterapia han estado inevitablemente influenciados por los cambios de paradigmas a lo largo de estos últimos 30 años.

En el campo de la discapacidad, por los años 80 aprox. era un modelo rehabilitador tradicional, donde la tendencia era ubicar al niño como objeto de acciones, pasivo de sus intervenciones. El valor de la salud mental para estos niños estaba visiblemente en un segundo plano. Y con ello nuestro abordaje condicionado por ello.

Luego pasó al modelo de autodeterminación.

En el campo de la Salud, de la concepción de ausencia de enfermedad a estado de bienestar.

De las concepciones de Niñez (de un adulto en miniatura al niño como entidad en desarrollo), y con ello también los Derechos del Niño.

La Musicoterapia: de un enfoque pedagógico musical de aplicación paramédica, a conceptualizaciones y fundamentaciones específicas, entre ello, el concepto de escucha trabajada y el valor del lenguaje sonoro como primordial en el desarrollo humano.

5 -*¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?*

El lugar del Musicoterapeuta en niños que padecen, es relevante. Ya sea una patología neuromotora severa, signos de desconexión, u otros problemas que afectan la vida de relación del niño.

Si se tiene en cuenta que ante problemáticas orgánicas, la subjetividad se ve “afectada” y con ello los niveles expresivos en la comunicación se encuentran disminuidos y obstaculizados, es a través de este abordaje, que se pueden lograr favorecer significativamente las dimensiones de lo vincular, comunicacional y lúdico. Con ello, un posible bienestar.

6*¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?*

Desde mi formación y experiencia clínica, el recurso más trascendente es LA ESCUCHA Y DESCIFRAMIENTO DE LAS PRODUCCIONES Y DISCURSOS SONOROS Y LA MUSICALIDAD DEL DECIR DEL NIÑO.

La formación y supervisión que vengo desarrollando desde hace muchos años con la musicoterapeuta Elcira Belloc, de la Escucha Trabajada en base a conceptos de Schaeffer, es la base conceptual en la que baso especialmente el trabajo de “la escucha del objeto sonoro”.

7¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

Las intervenciones se construyen en base a la singularidad de cada paciente y del proceso que se va creando conjuntamente.

En casos donde la movilidad corporal está muy afectada, se generan situaciones de encuentros sutiles y profundos a su vez, en base a un trabajo de interjuego de la mirada y la respiración. Vivencias primarias y vitales que pueden sostener y enriquecer el vínculo y la comunicación.

Es importante mencionar que en muchos casos, dadas las complejidades orgánicas y funcionales, los cambios que se pueden generar son leves y/o sutiles. Y trabajar en red con los otros profesionales puede ayudar a sostener y hasta incrementar la expectativa en el tratamiento, cuando luego de algunos años de tratamiento, se puede sentir cierto desgano o frustración.

8¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Encontrándome con esta pregunta veo que parte de la respuesta está dada en el punto 5, y en otros también.

Considero importante que se pueda registrar y percibir los propios “impactos” que nos genera entrar en vínculo con un niño a veces muy afectado desde lo motriz y sensorial, y esto nos posibilite encontrar la plasticidad y tonalidad necesaria para entrar en sintonía con el niño, disponibles con nuestro propio cuerpo, sonoridad y musicalidad. Los diversos recursos y propuestas que se puedan llevar a cabo—según cada caso y situación- será en favor de los recursos expresivos comunicativos del niño.

9¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente con otras disciplinas en el abordaje de esta población?

Para escuchar es necesario que el profesional musicoterapeuta provea de silencio, de pausa, para que el niño sienta que tiene un espacio y tiempo, que tiene un lugar donde decir y hay otro que lo escucha.

La escucha musicoterapéutica da valor comunicante especialmente a la gestualidad sonora y musical del niño- pausas, silencios, gritos, suspiros, risitas, llanto, balbuceos, canturreos, entre otros tantos, serán de valor para ir descifrando secuencias, repeticiones, interrupciones, enlaces,etc.

Ubicar el valor del gesto espontáneo ya sea sonoro, corporal por sobre lo funcional, dará lugar y perspectiva a la comunicación y favorecimiento de la autoafirmación. Aportando al niño que se pueda sentir como “ser expresivo”.

10¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?

Es responsabilidad de todos los profesionales que promuevan un trabajo de interdisciplina. Poder escuchar y ser escuchado, pensar con otros, discutir “a tiempo” situaciones que son emergentes.

El abordaje de musicoterapia aportará seguramente a dar valor a lo sensible del niño, a aquello que es genuino, a lo que lo representa como ser único. Y a no ubicarlo con el nombre del diagnóstico (esto va para cualquier diagnóstico, no solo ECNE), sino, considerando su historia, sus modalidades expresivas y comunicativas. Dando valor

desde la especificidad a la sonoridad y musicalidad como el lenguaje más accesible en muchos de los casos.

Valorar sus posibilidades por sobre el “déficit”.

11) *Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?*

Parte de esta pregunta estaría respondida en la respuesta 1-

Es necesario hacer un trabajo conjunto con el profesional en psicología para hacer lugar a los padres o referentes vinculares, escuchando las dificultades, angustias, incertidumbres, y fortaleciendo las posibilidades, propiciando vínculos saludables del niño con la familia.

ENTREVISTADO 7 (LIC EN MUSICOTERAPIA)

-1 Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE

La experiencia clínica de niños con ECNE es bastante especial, cuando hablamos de niños con ECNE hablamos de una diversidad absoluta porque las lesiones cerebrales pueden ser desde mínimas hasta muy profundas y muy severas. Por lo tanto hay que conocer muy bien cuáles son las posibilidades y las limitaciones del niño. No debemos pretender que el niño realice acciones que en realidad no puede aún realizar, dependerá de su plasticidad cerebral. Para mí es muy satisfactorio el trabajo de niños con ECNE, sobre todo lo satisfactorio es poder trabajar con los padres en la sesión, más aún cuando los niños son muy pequeños. En general es algo que realizo de forma sistemática: la inclusión del padre, de la madre, del tío o quien lo esté acompañando, como si es un acompañante terapéutico, porque el niño se siente tranquilo con el acompañamiento de esa persona, y esto favorece a su tono muscular, esto favorece a sus posibilidades vinculares con otros y muchas veces también los acompañantes ya sean familiares o no, favorecen la corrección postural del niño hacia posturas que pueden ser más económicas en su esfuerzo.

- 2 ¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los cuales se ha abordado la discapacidad?

Cuando hablas de paradigma, me quedaría con el último paradigma que es cuando podemos concebir no la “discapacidad” sino “la diversidad funcional” y en los niños con ECNE, o las personas con ECNE, es donde más vemos esta definición, sobre todo que este aspecto está favorecido por las grandes investigaciones que se van haciendo en función de la aplicación de medios informáticos: un software tan efectivo como es el Tobbi, con el cual la persona solo necesita poder dominar la mirada. (Esto es complejo, porque generalmente las personas con ECNE tienen grandes dificultades en el control de la mirada) sumado el Tobbi a otros implementos, switch, punteros que se utilizan con la cabeza, mouse adaptados etc., se va facilitando la comunicación y el desarrollo de las potencialidades cognitivas. Me quedo con estos últimos paradigmas, apoyados desde el

neurodesarrollo, con la orientación Bobath, Vojta y todas las metodologías de atención que se fueron desarrollando luego.

-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina?

Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?

La verdad que he ido desarrollando mi propio método de trabajo con los niños con ECNE, sé que desde la neurorehabilitación, la neuromúsica, la musicoterapia neurológica (o como la quieran llamar), existe una metodología específica que se basa en estímulo respuesta, pero personalmente creo que lo efectivo es poder combinar metodologías de la Musicoterapia. Pero claro, para eso necesitamos conocer en profundidad las diferentes metodologías musicoterapéuticas y no creer que somos el ombligo del mundo. Hay mucho desarrollado en función de poder estimular centros cerebrales que posiblemente no se encuentran en plena actividad o están seriamente dañados y hay que restablecer vías de conexión. Entonces, la intencionalidad para tocar un instrumento, la posibilidad de realizar una respuesta motora motivada por un espacio de silencio en una improvisación o motivada por una aceleración rítmica o un retraso de esa desaceleración, favorece las respuestas del paciente. Creo que por suerte es lo que tenemos los musicoterapeutas: esta posibilidad de jugar con lo sonoro, que favorece la intervención del paciente aún en la mínima respuesta.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias.

Obvio que conozco los diferentes modelos, bueno digo obvio pero no tan obvio, te aseguro que recién comencé a enterarme de los diferentes modelos cuando estuve viviendo en España, porque acá en Argentina... me fui a España en febrero del 2001 y allí comencé a dar clases en los masters de formación Musicoterapia y tuve que comenzar a leer y a incursionar en bibliografía que jamás había escuchado nombrar. Por un lado porque vivía en Mendoza y la verdad que la comunicación con los colegas era bastante exigua, y por otro lado porque pertenezco a una generación de musicoterapeutas de los años 70 que poco conocimos más allá de nuestras narices, y nuestras narices eran Modelo Benenson, y profesores de música, pedagogos musicales muy visionarios que habían fundado la Musicoterapia en Argentina. Entonces irme a España significó darme cuenta que trabajo con el modelo Analítico de Mary Priestley que en realidad no conocía como tal. Si conocía a Edith Lecourt pero no conocía a Priestley; también llegué a darme cuenta que de pronto tengo escenas en consultorio que se relacionan muy bien con el modelo Nordoff Robins, claro que asumo que en Argentina era muy difícil que se conociera Nordoff porque era muy difícil que en Argentina tuviéramos pianos en las instituciones, y el modelo estaba centrado en un piano y en un coterapeuta, ¿de dónde íbamos a sacar coterapeutas si a gatas nos contrataban a nosotros? Aún esto se mantiene: es muy difícil trabajar en coterapia. Pero entonces me pasó que estando en España pude trabajar muchísimo en coterapia porque tenía alumnos que venían a hacer prácticas permanentemente conmigo, entonces tuve la maravillosa experiencia de poder trabajar de a dos con los niños, y esto fue realmente muy rescatable. Ahora quisiera saber en qué lugar de Argentina nos van a sostener un tratamiento en coterapia.

El año pasado me lleve una sorpresa desde el master de la Universidad de Murcia, me pidieron que diera una clase sobre el modelo cognitivo conductual en musicoterapia, y me dije “¡Ay! Qué desafío...si no sé nada sobre ese modelo”..., me puse a leer con avidez y cuando quise acordar estaba dando una clase basada en los mismos videos que utilizo de ejemplo para hablar de Modelo Analítico; pude hablar desde el Modelo Cognitivo Conductual, o sea, la misma escena mirada desde otro paradigma teórico podía ser interesante también, y entonces descubrí cómo utilizo estímulos respuestas o utilizaba condicionamientos.

Considero que hay similitud, en todos los modelos de Musicoterapia, puedo encontrar una vertiente común y es el vínculo, la comunicación con el otro, es la posibilidad de interactuar, la posibilidad de motivar respuestas, ya sean neurofisiológicas, ya sean biofisiológicas, emocionales en todo momento, solo por el hecho de ser humanos estamos teniendo un hilo conductor común que es el vínculo

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

La función del musicoterapeuta para mí es el poder motivar la comunicación, el movimiento, la interacción, el placer, ¡momentos de placer! Los niños con compromiso neuromotor padecen grandes diferencias de tono muscular y la posibilidad de sentirse bien en una sesión de musicoterapia es maravilloso, la posibilidad de reír, de sentirse relajado, la posibilidad que sienta la economía de movimiento y esa economía de movimiento le sirva para interactuar, para poder intervenir en una creación conjunta con el musicoterapeuta, con su acompañante terapéutico, que le sirva esa economía de movimiento para aprender a manejar el teclado lleno de botones y poder controlar su movimiento para que el botón elegido pueda ser presionado, movido en función de un deseo de creatividad, de diversión, para mí eso es lo más rescatable.

No creo que la Musicoterapia sea una ciencia oculta, no creo que la Musicoterapia sea una ciencia que tenga que tender a la seriedad, pero sí que producimos profundos cambios, profundos cambios desde lo lúdico, y los niños necesitan jugar, aún desde su silla de ruedas, aún desde su bipedestador, aún desde su cama, por estar altamente impedidos en sus movimientos. El niño necesita jugar, y ¿qué mejor que jugar con los sonidos?, y ¿qué mejor que encontrar la motivación y la forma de jugar con los sonidos que nos envuelven, que están omnipresentes a nuestro alrededor, con las vibraciones que mueven esas sillas, que golpetean esa silla?. De eso se trata la musicoterapia, por lo menos para mí.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

Los recursos propios de la musicoterapia, son para mí, en primer lugar la música, el silencio, los sonidos y las vibraciones percibidas como sonido, después trabajo desde la improvisación libre. Me dicen: “Pero el niño apenas puede...”, bueno, el niño apenas puede y desde el apenas puede, comienzo a improvisar sobre lo que él hace, sea un pequeño movimiento, un guiño. He trabajado alguna vez con el Sound Bean en España, que es un software que a través de sensores motores percibe el movimiento mínimo de la ceja por ejemplo, de los ojos, y a través de él el niño va pudiendo hacer sus sonidos. Ahora hay software más elaborados pero al mismo tiempo más simples, y desde allí se puede improvisar. Por eso insisto que el musicoterapeuta debe ser músico, no músico de conservatorio, músico, debe sentir la música, el ritmo, debe poder crear el ritmo, la música permanentemente. (Y debe actualizarse tecnológicamente también)

No hay otra forma, para mí, de hacer musicoterapia. Obviamente que a veces trabajo con música editada, a veces, no es lo que más me gusta, prefiero hacer la música, “payasear”.

Pareciera que hay diferencias teóricas bastantes profundas, colegas que no aceptan que los niños se diviertan, no sé, no entiendo bien, son paradigmas que no los entiendo. Por mi parte sino me río con el niño, si no comparto una sonrisa, si no obtiene un llanto por profundidad en la reflexión emocional no sé, me da la sensación que la sesión no ha sido fructífera para él/ella.

-7 ¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?

Las intervenciones en la población con ECNE, si son pequeños, prefiero que estén acompañados en consultorio; no siento competencia en el vínculo, al contrario, creo que se refuerza el vínculo con la persona que lo acompaña. Cuando ven al niño con posibilidades de interacción, de juego, de señalamientos (protodeclarativos aún con leves gestos faciales).

Hay situaciones en las que utilizo pictogramas, de hecho, tengo una paciente con parálisis cerebral que es una joven con la cual descubrimos (a partir de su lámina con pictogramas que le había confeccionado una fonoaudióloga a los 9 años) que podía expresar sus pensamientos de una manera totalmente abstracta, y hubo que actualizar esa lámina con palabras que realmente tuvieran que ver con un pensamiento adulto y no ya con un pensamiento infantil concreto. Esta joven comenzó a escribir “poemas” a los cuales yo le ponía la música, entonces ella, sin poder articular palabra, cantaba conmigo con sus “graznidos” y esto fue maravilloso, súper estimulante para ella... y... mejoró, (y esto lo digo con mayúscula) Su Calidad de Vida.

Porque creo que la Musicoterapia favorece la calidad de vida, porque no es una abstracción la calidad de vida de una persona, es concreta, tiene que ver con su estado de ánimo, tiene que ver con sus relaciones, sus posibilidades de expresión, sus posibilidades motoras y la facilitación de esas posibilidades motoras, la facilitación de las posibilidades de pensamiento. Defiendo a rajatabla que la Musicoterapia favorece la calidad de vida, las intervenciones son dándole espacio al paciente, buscando todas sus posibilidades, de movimiento, de expresión, sus posibilidades de comunicación, sus posibilidades humanas.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Estoy en un micro así que a lo mejor hay un poco de ruido en mis respuestas. Ruido, sonido, vibración, esos son las estrategias que motivan la expresión. Cuando hablamos de estrategias, a mí me gusta remitirme al hecho musical, la música por si misma nos brinda estrategias. Me encantan los calderones, los silencios, las repeticiones, los rápidos cambios de velocidad, de intensidad... la música en si misma conlleva diferencias para las estrategias. No necesitamos actividades súper elaboradas súper planificadas, necesitamos estar ahí con el paciente, poder leer desde lo musical cada una de sus expresiones, aumentarlas, sostenerlas, responderlas.

Si nos remitiéramos a la descripción de las técnicas que utilizamos los musicoterapeutas aquel escrito memorable de Bruscia donde lo que hizo fue una recopilación y una clasificación de las técnicas utilizadas por los musicoterapeutas a lo largo y a lo ancho del planeta, que fue agrupándolas en diferentes tipos, todos los musicoterapeutas hacemos algo de todo ello; nos estuvo mirando con la lupa como colectivo y a cada uno en aquellos que tomó como ejemplo.

También podríamos decir que un buen profesor de música utiliza las mismas estrategias que utiliza un musicoterapeuta, sí, es así, por eso a veces es tan fina y delgada la frontera entre una buena educación y pedagogía musical y una sesión de musicoterapia, pero ¿qué pasa en la sesión de musicoterapia?: el vínculo establecido con el terapeuta, el vínculo terapéutico es sobre todo lo que va a producir las modificaciones, sin embargo las estrategias son las mismas, escuchar esperar, repetir, reproducir, reconducir, dar una base armónica, dar una base rítmica, motivar el silencio desde la mirada, desde la actitud corporal, infinitas son las estrategias, imposibles de definir todas.

-9 *¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?*

Trabajamos con seres humanos tengan TEA, tengan ECNE, tengan Alzheimer, tengan lo que tengan, son seres humanos, entonces la escucha pasa por lo pequeño, por la lectura de lo corporal, de lo gestual, por la lectura de esas situaciones que pretenden que no filmemos porque es exponer a los pacientes, pero filmar solamente unas manos tocando el teclado no representan todo lo que está pasando en una sesión de musicoterapia, necesitamos filmar la expresión del rostro, necesitamos escuchar, mirar, registrar cada una de las señales que ese ser humano nos da. Así como registramos un monitoreo del latido cardiaco o la saturación de oxígeno en sangre porque la persona está en coma, de la misma manera: cada gesto, cada pequeño sonido, cada pequeño suspiro, cada cambio de ritmo respiratorio, nos está dando una señal para que nosotros lo transformemos en música.

-10 *¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Qué aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?*

-11 Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

10 y 11 CONTESTADAS JUNTAS

Personalmente trabajo en forma interdisciplinaria sobre todo con chicos con ECNE. Lo que trabajo fundamentalmente es la interdisciplina con los Terapeutas Ocupacionales, con los Fonoaudiólogos, con los Kinesiólogos, todo el tiempo estamos trabajando en forma interdisciplinaria. Aun cuando trabajo en consultorio particular intento poder comunicarme con los otros terapeutas, de otros equipos que juntos armamos un tratamiento para un niño específico.

Creo fervientemente en el equipo interdisciplinario, coordino un área transversal que es el área de atención a niños con TEA en el instituto donde trabajo; además porque sí, porque creo que todos podemos aportar, porque todos debemos aportar. Los musicoterapeutas no podemos ser omnipotentes y pensar que somos lo máximo.

ENTREVISTADO 8 (LIC EN MUSICOTERAPIA)

1- *Describir la experiencia clínica musicoterapéutica en niños con ECNE*

Mi experiencia con niños con ECNE, es una experiencia diversa, en cuanto me han llegado casos muy diferentes entre sí, si bien el compromiso motor es lo que predomina

en muchos casos, se requiere siempre de una mirada integral, de una evaluación de las distintas áreas. En una primera aproximación siempre debe considerarse el entramado de las áreas: motora, sensorial, comunicativa - expresiva, cognitiva, conductual y social, es algo fundamental a tener en cuenta para lograr obtener un panorama general del funcionamiento del niño, su nivel y rendimiento, y del punto de inicio del tratamiento, para luego evaluar la evolución y la prioridades a cada momento.

He trabajado en equipos interdisciplinarios con muy buenos profesionales de la kinesiología, la terapia ocupacional, la neuropsicología y la fonoaudiología, y gracias al trabajo articulado y compartido de todos, se logra una mirada y abordaje integral.

Según el tipo de daño neurológico y del nivel de compromiso que exista, es como uno va a encarar y priorizar las necesidades de un tratamiento, y va a realizar el aporte desde la especificidad de la musicoterapia. Es decir, el paciente con ECNE, es un paciente que hay que evaluarlo integralmente, y hay que consensuar interdisciplinariamente las prioridades. Generalmente son tratamientos a largo plazo, que requieren de un abordaje continuado y sostenido, en el que siempre hay evolución y avances, en el tiempo y en la medida que cada niño pueda.

Dado que el cerebro del niño está en desarrollo, siempre apuntamos a estimular, a rehabilitar y a ofrecer las experiencias musicales que sean necesarias para el crecimiento, que puedan promover la conectividad neurológica, la estimulación y el desarrollo neurológico de la mejor manera. Entonces la experiencia termina siendo muy personal e integral en el caso a caso, adaptada al funcionamiento general de cada niño.

2 ¿Conoce cuáles son los paradigmas históricos en los que se ha abordado la discapacidad?

La enfermedad tenía otra forma de concebirse y pensarse, los abordajes de distintas problemáticas estaban siempre enfocados en la discapacidad, justamente en la enfermedad y en el síntoma, se estaba mirando esa porción del individuo, en cómo resolver esto que no está bien o se sale de la norma. Los cambios de paradigma, fueron virando a considerar de una manera más integral al sujeto y empezar a considerar sus potenciales de salud, entonces incluso hoy en la clínica uno trabaja sobre las fortalezas de un niño para trabajar desde allí sus mayores desafíos, donde estén sus problemáticas; no estamos dirigiéndonos y enfocándonos en los síntomas de un individuo con diagnóstico, sino mirando a una persona que tiene que resolver o superar una dificultad y que tiene recursos esta misma persona para sobrellevar y resolver esta problemática, y que uno como terapeuta tiene que, en esta evaluación que realiza, tener muy claro dónde están los desafíos, en qué nivel, y tener también muy claro dónde están las fortalezas, en donde están los talentos, los intereses, las preferencias o las mismas habilidades del niño, y ayudarlo a contar con sus propias fortalezas para abordar sus desafíos. En Musicoterapia creo que Gustavo Gauna fue uno de los primeros en hablar sobre los núcleos de salud, y en esto fue muy claro: el identificar las fortalezas de los niños para ayudarlos no solo afrontar sino a resolver sus dificultades.

Por otro lado, en neurorehabilitación manejamos la clasificación internacional del funcionamiento, la CIF, que permite una mirada integral y global del individuo, es decir, qué está pasando en el cuerpo, en lo orgánico y en lo biológico, qué está pasando en lo personal, y que está pasando en lo social, que son todas dimensiones del sujeto que hacen a que su dificultad y que su fortaleza hagan un intercambio, se pongan en juego en distintas situaciones, qué recursos personales tiene esta persona, qué soporte psicosocial tiene, en qué ambiente se maneja, como estas fortalezas y estos desafíos interactúan en distintos ambientes sociales con distintas necesidades y que requieren

distintos niveles de participación. Esto es muy importante: hacer una lectura del sujeto en sus fortalezas y debilidades y del sujeto en la vida que tiene, en la vida que elige, en la vida que proyecta, y en todos los desafíos y cotidianidades que debe afrontar, y ver desde el núcleo familiar, el apoyo familiar y social con el que cuenta. Es una mirada todavía más amplia que uno comienza a incorporar, y yo lo interpreto como dimensiones, que para cada individuo es un interjuego de multidimensiones de factores que se ponen en la balanza, los positivos y los que no son tan beneficiosos y que justamente hay que trabajar y enfocar para que el individuo pueda tener una vida plena y una buena calidad de vida. Entonces los cambios de paradigma, estos cambios de pensamiento con respecto a la salud fueron en la amplitud y en la integración de aspectos y en considerar lo positivo también, los núcleos de salud, y no ver solo el individuo parcialmente en su dificultad, sino que en el contexto de ese individuo y sus potenciales, en el contexto de ese individuo y sus deseos, su familia y su contexto social. Es una visión más macro que nos permite entender esa problemática de una manera más profunda y más completa y de buscar soluciones más personales para cada paciente.

-3 ¿Conoce paradigmas de abordaje en Musicoterapia específicos de la disciplina? ¿Podría trazar una relación entre los paradigmas históricos de atención en discapacidad y los de Musicoterapia?

Un paralelismo entre paradigmas y modelos de musicoterapia, la exactitud cronológica de estos movimientos no la conozco. Considero que la musicoterapia tiene una mirada integral en sí misma, que logra un pensamiento más abarcativo e incluye los aspectos sanos del individuo. La primera teoría de musicoterapia que leí sobre el trabajo a partir de las fortalezas de los sujetos, fue el marco teórico de Gustavo Gauna. Creo que todos los modelos de musicoterapia incluyen esto de alguna manera, aunque son todos muy diferentes. En realidad los modelos están respondiendo a necesidades diferentes, a problemáticas diferentes, pero creo que la música en sí tiene un componente muy fuerte de esto, más allá de lo que podamos describir o reconocer teóricamente, la música misma despierta las fortalezas de las personas, el trabajar ya desde un recurso como el nuestro y especializarnos en esto nos permite un abordaje integral. Si consideramos un modelo más psicodinámico en musicoterapia quizás no se lea tan claramente como cuando lo hacemos en neurorehabilitación, cuando lo hacemos con un padecimiento físico, que las secuelas son visibles y las limitaciones físicas o cognitivas o del lenguaje tienen otras características y responden a otras necesidades, y en este campo trabajar con las fortalezas es de un orden diferente. La musicoterapia en sí, ya desde siempre incluyo este pensamiento, si bien ha evolucionado como evolucionó el pensamiento humano en discapacidad, ampliando fronteras en los conocimientos, llegamos a esto, a tener un abordaje realmente integral y considerar esta multidimensionalidad del sujeto.

En relación a la neurorehabilitación, me ha pasado de encontrar pensamientos cerrados respecto a esto, o mucho prejuicio de pensar que los tratamientos en neurorehabilitación son estrictamente cognitivo conductuales o que son justamente enfocados a la conducta, a la cognición o a la ejercitación, y muy lejos de eso la rehabilitación trabaja en la integración de aspectos del sujeto y en las fortalezas, ósea que en esta área donde me especializo es donde a mí más claro me queda en la práctica diaria, como todo se integra y es fundamental trabajar desde estos lugares con estos pacientes porque justamente están pasando por desafíos muy difíciles de superar y que hay que darles recursos y fortalecerlos para que ellos tengan también su propia participación activa de los tratamientos.

-4 ¿Conoce sobre los diferentes modelos atencionales de Musicoterapia en discapacidad? Describir y trazar diferencias

Hay muchos modelos de musicoterapia, yo los pienso más como respondiendo a necesidades diferentes, tenemos el modelo psicodinámico que trabaja en la salud mental, la neurehabilitación, que es la musicoterapia neurológica que es el que describo en la entrevista, después tenemos trabajos orientados a la musicoterapia comunitaria, tenemos el modelo Benenzon que es un abordaje más de la salud mental, el plurimodal, la musicoterapia biomédica que va más del lado de la neuromusicoterapia, en síntesis varios modelos. Pero la diferencia no es que es una musicoterapia diferente una de la otra, sino que responden a distintas necesidades, a poblaciones de pacientes diferentes. El modelo Benenzon es quizás un modelo de abordaje que puede resultar efectivo para el tratamiento de la psicosis, esquizofrenia o los padecimientos más del campo de la salud mental. Un paciente con un traumatismo de cráneo o un ACV, necesita de la musicoterapia neurológica, necesita esta especialización porque es la que responde a las secuelas o necesidades puntuales que se dan en estos casos. Hay modelos que son más eclécticos, como en su momento el plurimodal que abarcan distintas poblaciones. Para mí en musicoterapia más que pensar en modelos tenemos que comenzar a pensar en especialidades, para definir herramientas distintas para necesidades diferentes.

-5 ¿Cuál sería la función del Musicoterapeuta en el abordaje de niños con compromiso neuromotor severo?

La función del musicoterapeuta es tener una mirada integral más en los primeros contactos con el paciente, realizar una buena evaluación donde se puedan determinar las prioridades en el tratamiento y luego consensuar con el resto del equipo para ir en bloque en el abordaje de las prioridades del tratamiento a cada paso. Si bien el compromiso neuromotor es predominante en este tipo de cuadros, los aspectos sensoriales, de la comunicación, la expresión y la cognición son fundamentales también, y muchas veces son también las áreas donde principalmente puede intervenir el musicoterapeuta. El musicoterapeuta tiene alcance en todas las áreas del desarrollo, hay que incorporar esta mirada y posicionamiento. He tenido casos de niños con compromiso neuromotor severo pero que en su rendimiento o comprensión tienen un nivel mayor, entonces necesitan tecnología asistida, o que el terapeuta se haga de recursos de la comunicación que puedan facilitar las experiencias de este paciente en lo cognitivo y en la comunicación. Hay que evaluar el nivel del paciente en cada área e intervenir consistentemente en sesiones continuadas durante el tratamiento y en consenso con el equipo terapéutico. La musicoterapia es una terapia que los chicos disfrutaban muchísimo y entonces es muy solicitada por el mismo equipo. Aquí se agrega el componente afectivo y lúdico, que también es fundamental y que muchas veces debido al compromiso neuromotor tenemos como consecuencia de privación de experiencias sensoriales, motoras, lúdicas. Entonces lo que uno puede brindar desde la música es muy valioso por las mismas experiencias necesarias y propias de la edad, para el crecimiento afectivo emocional, para trabajar estas capacidades emocionales funcionales y promover el desarrollo realmente en todas las áreas.

-6 ¿Cuáles son los recursos propios de la Musicoterapia? ¿Trabaja desde algún modelo, técnica, método en el abordaje clínico?

La metodología que implemento es la de la neuromusicoterapia o musicoterapia neurológica que tiene una mirada más integradora, dado que incorpora el aspecto físico y orgánico del cuerpo y se trabaja desde diversos lugares, respondiendo a los

requerimientos del paciente neurológico. Hay técnicas específicas de neuromusicoterapia en lo que es rehabilitación y estimulación motora, como el RAS y el TIMP, que son técnicas que se emplean para activar y desarrollar movimientos de miembros superiores o movimientos más automáticos globales como la marcha, pero depende mucho de cada paciente y su nivel motor. Tendríamos que hablar por área y que técnica necesitamos por área pero por ej., en lo motor, implementando el TIMP, que es la ejecución instrumental musical terapéutica aquí se puede trabajar muy en conjunto con Terapia Ocupacional y se hacen trabajos excelentes porque se puede trabajar en la ejecución asistida de instrumentos, ya sea con facilitación, con modelado o con asistencia física si se requiere o con adaptaciones de instrumentos o con equipamiento que nos puede facilitar e indicar el terapeuta ocupacional, ósea que hay objetivos que se pueden trabajar de acuerdo a como sea el rango de movilidad de MMSS, y siempre intentando ganar rangos de movilidad e independencia, y que todas las actividades que se programen intenten trabajar esquemas motores que sean funcionales para trabajar otras cuestiones de la vida y de la independencia del paciente en la medida de lo posible, esto hay que ver caso a caso, y el nivel de compromiso motor del que estemos hablando pero aun cuando hay asistencia máxima en una actividad de ejecución instrumental, hay activación, hay estimulación y hay gratificación por parte de los chicos, y hay experiencia motora sensorial que estamos aportando para estimular estas vías. También trabajamos mucho con el equipamiento que el terapeuta ocupacional indique y acá podemos hablar de estabilizadores de muñeca, de anillos para disociar dedos, muñequeras que el terapeuta ocupacional pueda sugerir. Es muy beneficioso hacer sesiones compartidas, no todas pero al inicio cuando necesitamos trabajar un objetivo motor terapéutico se puede pedir una sesión compartida con la TO, hacer dos sesiones para ajustar todo el equipamiento y todo lo que sea la movilidad específica que se desea estimular para que la actividad se realice de la mejor manera posible, apoyando a los objetivos terapéuticos que trabaje el terapeuta ocupacional y que también le pueda servir al terapeuta y principalmente para evitar compensaciones, movimiento que sean inadecuados y le generen dolor o tensión al paciente. Siempre está bueno revisar con el terapeuta ocupacional por ejemplo estas cuestiones de los movimientos de donde poner el desafío y hasta donde, para que la actividad se lleve a cabo de la mejor manera posible y evitar contraindicaciones. Con Kinesiología lo mismo, se puede invitar al kinesiólogo a revisar los posicionamientos, como hay que sentar al paciente, como hay que posicionarlo para evitar compensaciones y que también tengamos el mejor nivel de alerta. Porque también tenemos que ver las capacidades atencionales porque muchas veces el alerta y lo atencional tiene que ver con que el paciente este bien posicionado, que tenga la mejor posición para la atención y el contacto visual. En lo motor hay mucho que decir con respecto al abordaje que se le puede brindar al paciente, la estimulación rítmica auditiva también puede facilitar patrones motores regulares. El objetivo general es implementar todas estas técnicas para mejorar el movimiento voluntario, la intención del movimiento, la dirección, el rango, dependiendo del caso y del paciente. Es importante también brindar una rica estimulación sensorial con instrumentos que no solo tengan un buen feedback auditivo, sino que también tengan rica información sensorial táctil, de temperatura, textura, tamaño, peso, y que también puedan dar más información sensorial al paciente durante la realización del ejercicio o actividad motora. Por supuesto siempre es conveniente implementar conceptos del modelo de Integración Sensorial, todos los profesionales que trabajan en rehabilitación, tienen estas capacitaciones realizadas y la verdad que lo que aportan es una lectura adecuada de la experiencia sensorial del paciente, de cómo es la vía de ingreso de esta información, de cómo es esta experiencia sensorial, por ejemplo en pacientes con bajo registro en alguna modalidad sensorial, cómo a partir de esta lectura uno puede generar estímulos

aumentativos como decía recién en lo sensorial, en aumentar las sensaciones en el tacto, en la propiocepción, en lo vestibular, en lo visual, en la modalidad que el paciente necesite, para enriquecer la experiencia del paciente. Nosotros trabajamos mucho en la vía auditiva pero cualquier experiencia que ofrezcamos tiene esta multidimensión sensorial que hay que tener en cuenta y trabajar muy integralmente con los terapeutas ocupacionales especializados en integración sensorial es mutuamente beneficioso. Después tenemos técnicas que se orientan a la estimulación orofacial motora, para estimular la producción de sonidos del lenguaje que contribuyan a la comunicación. En el área del lenguaje y la comunicación, hay técnicas específicas de la neuromusicoterapia que se implementan y siempre se trabaja integradamente con fonología más que nada para incorporar pautas en cuanto a los dispositivos de comunicación alternativa aumentativa si estos pacientes lo requieren, se trabaja muy integradamente para mediar actos de comunicación y para dar oportunidad de que se desarrollen las funciones comunicativas mediante estos dispositivos ya sea de alta o baja tecnología. Muchos niños con más compromiso utilizan estos dispositivos y el terapeuta los tiene que conocer y manejar para desarrollar esta área y que el paciente se sienta cómodo de que el terapeuta puede comprender sus intenciones y expresiones. Hay pacientes que tienen lenguaje pero tienen cuestiones más fonológicas articulatorias del propio cuadro motor que hay que trabajar también y se lo hace por ejemplo con instrumentos de viento. Depende mucho del nivel del daño y lo que necesita el paciente para cada área. Dentro de la neuromusicoterapia hay técnicas específicas para cada área, y se hace una implementación de acuerdo a lo que cada paciente requiere y a la actividad terapéutica que se necesita para abordar ese objetivo terapéutico planteado.

En lo cognitivo lo mismo, trabajar con neuropsicólogos nos permite conocer y estimular aspectos de esta área más que nada conociendo y teniendo en cuenta, cual es el nivel de comprensión del paciente, de su lenguaje receptivo, la comprensión y procesamiento de los estímulos del ambiente, y como son los procesos atencionales de este paciente también. Hay técnicas cognitivas que se emplean para el trabajo de las funciones ejecutivas, de la atención y de la memoria que se direccionan al abordaje de esta área.

En todas las áreas podemos influir e intervenir, y en estos pacientes en particular es muy enriquecedor trabajar en conjunto, articulando con otras disciplinas porque resulta en un beneficio mutuo, significativo para el paciente principalmente y para los terapeutas, de esta manera las pautas y recursos que se implementan y las propuestas terapéuticas pueden realmente enriquecer la experiencia del paciente y hacerlas bien direccionadas a los objetivos que se necesitan trabajar.

7 *¿Cómo piensa las intervenciones y tratamiento en esta población?*

Primero se diseña un plan de tratamiento, a partir de un primer acercamiento, una evaluación, para definir el alcance que tienen determinadas propuestas de estimulación y determinadas actividades en el paciente, para ver su aceptación, su motivación, su desempeño y su nivel funcional en cada área. Es importante que el musicoterapeuta haga su evaluación y a partir de esto detecte las prioridades y el abordaje más adecuado para ese paciente, que nunca es el mismo al de otro, siempre es personal, dado que resulta de la combinación no solamente de las motivaciones del paciente y sus intereses, sino también de sus posibilidades y necesidades particulares. Hay que tener en cuenta también qué vamos a proponerle al paciente para no exponerlo a situaciones de frustración. Dentro de lo que es la línea de base en la cual vamos a diseñar el

tratamiento hay que tener en cuenta el punto de partida: qué le pasa al paciente con la conexión a la música, cuáles son sus respuestas musicales de escucha, de ejecución, de entonación, de expresión corporal si las hubiera, aunque sea balanceos o movimientos rítmicos de algún tipo, de alguna parte del cuerpo. Hay que tener en cuenta cual es la línea de base, en cuanto cual es el alcance y las respuestas generadas por el estímulo musical y detectar las prioridades terapéuticas. Lo ideal es consensuar con el resto del equipo para que todos trabajemos en la misma dirección. Son pacientes que mayormente van a requerir tratamientos a largo plazo y van a tener múltiples necesidades, y justamente el tratamiento se basa en determinar las prioridades a cada paso y tener en cuenta la edad. Es importante enriquecer y variar las experiencias a medida que va evolucionando lo cronológico para que las experiencias sean acordes a la edad. Hay muchas cosas que hay que tener en cuenta por eso a la hora de diseñar un tratamiento hay que definir las prioridades, y determinar de cada área un objetivo general y luego determinar algunos objetivos específicos e ir viendo el ritmo de evolución del paciente, el ritmo de respuestas que para cada paciente es diferente, porque podemos por ejemplo, proponernos objetivos que para un paciente lleven todo un ciclo de un año de trabajo en el avance y para otro paciente, tenga un ritmo de evolución mucho más ágil. Esto a su vez es diferente para las distintas áreas. Porque quizás avanzan en un área y las otras necesitan más enfoque en el periodo siguiente. Ver si el avance es parejo en todas las áreas, generalmente es dispar. Esto es algo que hay que ir viendo en la marcha y renovando la propuesta terapéutica cada vez. Esto es importante, porque si tenemos un paciente con compromiso severo realmente tenemos que brindarle experiencias que sean diversas y nuevas para ofrecerle estímulos que enriquezcan su vida. Esto tiene que ver con las experiencias que cada terapeuta le brinde. Hay que tener muchas cosas en cuenta en las intervenciones, lo principal es partir de un buen plan de tratamiento inicial, tener muy en claro las prioridades, los objetivos terapéuticos prioritarios y definir qué actividades van a facilitar estos objetivos, intentar que sean las mismas actividades porque al paciente le van a dar confianza, seguridad y familiaridad. Luego se debe ir variando con el tiempo las actividades, para enriquecer la experiencia y tener en cuenta el ritmo de evolución para redefinir el plan de tratamiento, hacer un mantenimiento de logros o continuar con los mismos objetivos, esto se evalúa dependiendo del paciente, trimestralmente o semestralmente. Esto se ve según el paciente.

-8 ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas que podrían convocar y favorecer en los niños experiencias expresivas?

Depende del niño se utilizan distintas estrategias terapéuticas, desde lo musical hay muchísimas estrategias, pero depende del niño y de los intereses y del perfil del niño. Las que suelen ser interesantes de trabajar para sostener sus periodos de atención y direccionar su atención, es generar contrastes en los estímulos que se brindan, que sean significativos, pero que también sean novedosos para generar expectativa y alerta más sostenido, entonces una estrategia para que el paciente se comprometa en la actividad y que participe con los recursos que tenga, son estas técnicas de redirección que tienen que ver con que los estímulos sonoros sean diversos, inesperados y a veces que tengan contraste.

Algo que me ha funcionado mucho para convocar y promover experiencias expresivas es la agrupación de los niños en pequeños grupos reducidos, la música, los amigos, los pares, son una combinación perfecta, porque para un niño, poder ver a un par, trabajar con otro niño es un estimulante muy fuerte de la comunicación activa, de querer participar y expresarse. Crear este dispositivo luego de un tramo de trabajo individual es

muy favorable, cada tanto proponer la agrupación con uno o dos pares, algo muy reducido, suele ser muy estimulante y motivador para la expresión espontánea, para ver, con los recursos que el paciente tenga, como intenta participar activamente del ambiente, con sus intenciones y sus posibilidades. Esto de poder comunicar y expresar motivado por otros, funciona muy bien en este dispositivo grupal. La música de por sí convoca a los niños y los mueve en estas experiencias expresivas a participar, ya sea con un sonido, gesto, palabra o movimiento, con el recurso que puedan emplear.

Entonces acá el motor fuerte es la motivación y todo lo que le puede facilitar al niño respuestas activas participativas. Tenemos casos de niños que pueden llegar a ser muy pasivos y receptivos por su condición y nosotros lo que tenemos que hacer es activar lo genuino espontáneo del niño en su participación, en el hacer de alguna manera con las posibilidades que tenga, tomando lo expresivo como algo muy general de todas las respuestas posibles para ese niño.

-9 ¿Cómo definirías la escucha musicoterapéutica? ¿Que aportaría esta escucha de diferente a otras disciplinas en el abordaje de esta población?

Desde la metodología del trabajo de la neuromusicoterapia la escucha de nuestra disciplina, representa el ir al encuentro de la persona que hay en nuestro paciente, conocerlo y descubrirlo a través de la música, escuchar, observar, trazar y construir un camino junto a él, a partir de quien es, donde se encuentran sus virtudes y desafíos, proponiendo un hacer, una producción orientada a resolver sus necesidades, evolucionar en su rendimiento, avanzando en sus objetivos terapéuticos. El musicoterapeuta reúne todos estos factores y los integra en un hacer funcional, con sentido y significancia para el paciente.

El aporte de la musicoterapia o la mirada particular de la musicoterapia es sumamente beneficiosa y valorada por el equipo interdisciplinario. Para un niño que está en su etapa de desarrollo, con todos los desafíos que tiene que atravesar junto a su familia por su condición, la musicoterapia le ofrece una posibilidad de trabajar todos los objetivos terapéuticos y desafíos en un contexto lúdico y motivador, con experiencias que sean gratificantes y motivadoras. Las actividades musicales terapéuticas, son importantes no solo por ser del agrado y motivación del paciente, sino porque son integrales en cuanto a que un musicoterapeuta formado puede ofrecer una experiencia creativa que además de gratificante, lúdica y acorde a la edad, brinde lo que el niño necesita para estimular el desarrollo y para abordar el objetivo terapéutico que necesita trabajar.

Es importante la mirada del musicoterapeuta porque las experiencias son integrales. En el intercambio con el equipo uno puede dar cuenta de qué respuestas se ven facilitadas en un contexto musical y qué respuestas se ven incrementadas en estos contextos que no aparecen quizás en otros.

Es importante tener en cuenta que en el trabajo en equipo es fundamental tener estas dos lecturas, saber qué es lo que sucede a nivel funcionamiento y respuesta del paciente, en la propuesta musicoterapéutica en sí, y fuera de ésta, en un contexto no musical. Hay que tener muy en claro qué cosas están facilitadas por el contexto musical para el paciente y qué cosas no se generalizan en otro contexto, para ver cuál es el alcance de la dimensión musical para el paciente, no solamente en su motivación y afecto, sino en su rendimiento en los objetivos terapéuticos. Esto es el gran aporte que se hace, un abordaje integral, acorde a la edad y muy favorable para brindar experiencias que enriquezcan el desarrollo, pensando en niños que por su condición estén privados de experimentar y atravesar experiencias sensoriales, motoras, cognitivas y comunicativas,

o que las experimenten con limitaciones. Es muy importante lo que brinda el musicoterapeuta y muy valorado desde los ámbitos de las otras disciplinas también.

-10 ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria? Que aporta al abordaje interdisciplinario la musicoterapia?

El trabajo interdisciplinario es el abordaje adecuado, esperado e ideal para un niño multimedido o que tiene muchos desafíos en las diferentes áreas, entonces hay que tener una mirada integral. La multidimensionalidad de la música nos permite tener alcance en todas las áreas, por lo que el musicoterapeuta puede hacer un intercambio con cada disciplina en particular, relacionada a cada área específica, tanto para tomar pautas desde las otras disciplinas que enriquezcan nuestro trabajo como para brindar pautas desde nuestra especialidad, es bidireccional esto. Pero hay que si poder tener una visión general del paciente en su nivel de funcionamiento en las distintas áreas, para determinar las prioridades, definir exactamente el trabajo terapéutico que se va a brindar, definir la dirección de las intervenciones y objetivos que se van a trabajar, para trabajar en bloque con las diferentes disciplinas. El espacio de sesión de musicoterapia es tan integral, brinda posibilidades de abordar cada área, por lo que es importante que los demás profesionales conozcan que actividades se proponen y como se proponen para conocer las posibilidades de los pacientes en estas actividades.

Me ha pasado que hay chicos que tienen respuestas en actividades musicales que no se dan en otros contextos, entonces que el otro terapeuta, por ejemplo el fonoaudiólogo conozca las posibilidades que tiene ese paciente en nuestro contexto musical, como contexto facilitador, es espectacular, porque primero implica que nosotros podamos darle pautas a fono para trabajar de determinada manera con determinadas actividades, también para que existan más oportunidades en las que el paciente trabaje determinado objetivo, y luego generalizar esta pautas a la familia y a otros contextos si fuera posible.

El trabajo tiene que ser realmente expansivo, interdisciplinario, tiene que ser en articulación y comunicación continua para ver que en nuestra especificidad se producen respuestas que quizás no se dan en otros contextos y a su vez nosotros tenemos que tener en cuenta la forma de trabajar de los otros profesionales, por ejemplo si fonoaudiología trabaja funciones comunicativas o implementa dispositivos de comunicación, si lo sugiere fono, también lo implementamos en nuestra sesión, para aprovechar las oportunidades que se presentan en nuestra sesión de trabajar estas funciones comunicativas. El rol, la función y la participación del musicoterapeuta en estos tratamientos es muy importante, es integrador y articulador de las distintas experiencias para el niño, los terapeutas y para la familia.

-11 Debido a lo sustancial del compromiso neuromotor de base y las alteraciones asociadas que se presentan en los niños con ECNE ¿Qué aportes del equipo terapéutico interdisciplinario toma o articula desde la especificidad de la musicoterapia para el desarrollo de estrategias de intervención en la clínica?

Las pautas que brinden otras especialidades son pautas que también debemos implementar en todas las actividades, tareas y juegos que propongamos en la sesión, dado que son más oportunidades mediadas por un terapeuta para que estas pautas se lleven adelante, y en todas las intervenciones las podemos considerar. Por ejemplo, si estamos hablando de kinesiología, es fundamental solicitar al kinesiólogo que nos indique como posicionar al niño en su silla, si tiene silla, o si queremos trabajar en

algún otro posicionamiento, tomamos sus indicaciones respecto de cómo movilizar o posicionar al paciente y así obtener las mejores respuestas y lograr la mejor movilidad.

Obtener este conocimiento y esta pauta de kinesiología es fundamental porque nos beneficia en que las actividades se lleven adelante de la mejor manera. Lo mismo de Terapia Ocupacional, como los ejemplos de técnicas de rehabilitación de miembros superiores, conocer las pautas, los objetivos y equipamientos con los que cuenta el paciente, que estén indicados por esta especialidad, nos va a facilitar el momento de ejecución de instrumentos, incluso el terapeuta ocupacional puede diseñar algún equipamiento para nosotros en particular para una actividad específica que queramos proponer. Las pautas de TO están siempre también en juego, y nosotros somos, con la ejecución de instrumentos asistida, uno de los terapeutas que más podemos ponerla en juego de manera funcional. Lo mismo fonoaudiología, tengo que conocer la modalidad de abordaje y las pautas brindadas por fonoaudiología, porque tiene que haber coherencia y homogeneidad en las intervenciones para que el paciente lo podamos comprender todos de la misma manera y ser consistentes en que, si se utiliza un sistema de gestos, un sistema de comunicación alternativa todos los terapeutas lo manejemos de la misma manera, para que el paciente logre con el tiempo incorporarlo y sentirse comprendido o sentir que puede expresarse con todos de la misma manera, para que no haya confusiones en los actos comunicativos. Entonces acá tiene que haber un trabajo en bloque de todas las terapias, en la incorporación de las pautas dadas por fonoaudiología. A su vez nosotros le podemos dar pautas a fono para por ejemplo estimular sonidos del lenguaje en contexto musicales facilitadores. Lo mismo con neuropsicología, dependiendo del abordaje del tratamiento, hay que tener en cuenta los periodos atencionales del paciente, los trabajos en funciones ejecutivas y memoria que puedan también beneficiar al niño al implementarlos en los contextos de nuestras actividades. Siempre se trabaja de esta manera, tomando pautas de las demás especialidades y brindando pautas a cada especialidad, siempre teniendo el objetivo de facilitar y brindar las mejores oportunidades al paciente para avanzar y progresar en su tratamiento.