

RESONANDO...

Ecos, matices y disonancias en la práctica musicoterapéutica

**Al vibrato de mi viejo
la creatividad de mi vieja
la calidez vocal de mi hermana
la fuerza de mis hijos.**

ÍNDICE

Prólogo

Obertura

Capítulo I. El inicio (¿autismo?)

Canción

Capítulo II. La búsqueda (sonrisas)

Mujer

Capítulo III. Conocer al otro (escuchar)

Bulimia

Capítulo IV. El encuentro

Resonar

Capítulo V. Música, ¿cuál música?

¡Pa!

Capítulo VI. Comunicación

Casi

Capítulo VII. Los talleres

Luna

Ojos

Capítulo VIII. Desestructurando estructuras

Libertad

Capítulo IX. Errores

Justificaciones

Capítulo X. El tiempo

Aprendizajes

Capítulo XI. El grito

El grito

Capítulo XII. Desconexión, ¿de qué?

Locura

Capítulo XIII. El final

La vida comienza desde el final

Coda

Notas

Glosario

Bibliografía

Índice temático

PRÓLOGO

La mirada clínica tiene esa
paradójica propiedad de entender
un lenguaje en el momento en que
percibe un espectáculo.

FOUCAULT

Cora está contando cómo es el ejercicio de la Musicoterapia. En el relato se exponen los rigores técnicos, la bibliografía pertinente, los conflictos diagnósticos, el orden mismo del texto académico que preside nuestra práctica. Un pasaje del estatus de técnico al de profesional en el que no se obvian las especificaciones diagnósticas y sus conflictos en la tarea con niños, especialmente. No obstante, este trabajoso pasaje de la mera descripción a la tematización del proceso de producción clínica en Musicoterapia, lejos de ser un manual de la anatomía del autismo, está pensado y sentido como literatura. Todo lo dicho dibuja entonces la forma de una pasión profesional. En la exposición de los relatos clínicos se presentan, se tornan visibles, tanto el discurso científico positivista, que asumimos como dominante, cuanto aquello que Claudia Banfi ha llamado rigor poético. Rigor de la práctica de la Musicoterapia y del relato de esa práctica. El modo en que la música modula a/hacia la palabra. La inaugura. La permite. Estamos ante un texto especialmente recomendable para quien se interrogue por ésta no tan novedosa profesión, la Musicoterapia, y su ejercicio.

Quien arriesgue al juego de explorar el hacer profesional del musicoterapeuta, tendrá respuesta a su inquietud recorriendo los senderos que por el territorio de la clínica traza la autora, desplegando tres décadas de ejercicio, reflexión y construcción de un lenguaje que, no por accesible es menos nutrido de concepto y convicción. La nunca excesiva presencia de las viñetas y los casos clínicos torna evidente y necesario considerar las cualidades del proceso de formación profesional del musicoterapeuta. La transmisión de este saber-pensar-hacer es atípica y necesita tanto del encuadre universitario como del concurso de docentes musicoterapeutas preparados para llevar a cabo este proceso. El texto no deja dudas a quien lo transita, de las cualidades que debe adquirir en su recorrido académico un profesional musicoterapeuta, recorrido que debe ser propio y hallaremos este acento, asumiendo nuestra pertenencia a la comunidad de profesionales de la salud, con todos los rigores que ello implica, y asumiendo nuestra pertenencia al universo estético, a la música como percepción y discurso. Con todos los rigores que ello implica. Durante el transcurso de las diversas situaciones clínicas en las que Cora sostiene sus reflexiones, es puesto en cuestión el musicoterapeuta. Es interpelado por el acontecimiento, tornándose visible la condición subjetiva necesaria en la textura del vínculo musicoterapéutico y, descomponiéndolo como el prisma a la luz, en el espectro de saberes y haceres que constituyen y se integran en nuestra formación profesional. La autora pregunta al musicoterapeuta, acerca el tránsito que por su subjetividad tienen los avatares de la clínica, para responder desde su propia clínica por dos caminos (dos sentidos): el de los efectos de la práctica en sus pacientes, sujetos de la clínica, y el de la propia marca, esa que queda a quien se ha ofrecido al decir de otro. Aquel que ha escuchado. Borges decía que la escritura en versos, marcaba una diferencia en el ánimo del lector, predisponiéndolo a la emoción estética. La presencia de esta forma de la palabra, que añora la música, en varios textos de la propia autora y algunos de honorables invitados, cumple en el contexto del libro esa misma función borgeana, predispone a la escuchalectura estética del pensamiento narrado. No es casual. Es necesario. En este libro la forma preside el pensamiento. No habrá en el texto una teoría totalizadora, no encontrará quien lo pretenda, una sistematización de protocolos de aplicación de técnicas, ni recetas resocializadoras. Ni clases de música para niños especiales, ni “modelos”. Solo una extensión de clínica. Indicios de un rumbo, alusiones a los diversos relatos teórico-técnicos que pueblan la Musicoterapia y que se han aventurado a explicar (sin lograrlo) el misterio de esa forma del tiempo que declarara Borges: la música. Sí habrá por el contrario una encendida defensa de la capacidad de ejercicio autónomo de la Musicoterapia y de los musicoterapeutas, con la que acuerdo plenamente.

OBERTURA

La vida, un gran crisol donde se crean extrañas aleaciones de metales que vibran y resuenan con un temple particular, tan particular según quien los taña. Un gran mortero en el que se entremezclan olores y sabores penetrando en su madera y sonando en su hueco sensible. Sonidos, olores, sabores, colores, vibraciones... ¿Es necesario aclarar que este manojo de letra escrita no es un manual técnico de la Musicoterapia ni un libro de cocina? No lo denomino “Las cien mejores recetas de la Musicoterapia”, ni “Como ser un buen musicoterapeuta”. Lo nombro “Resonando”. Y resonará en cada palabra elegida, en cada anécdota, en cada escena, desde aquello que me hace vibrar. Haciéndome “eco” de una teoría que otros escribieron y que como bajo continuo sostiene una filigrana clínica, de la cual se disparan como armónicos, mis intentos poéticos... En consonancia con el universo, en disonancia con la falta de humanidad.

Nadie en la casa lo vio
Pero todos escuchamos
Al sapito: ¡Gló, gló, gló!

Javier Villafañe

CAPÍTULO I El inicio (¿autismo?)

Lali aceptó tomar mi mano. Parecía no mirarme sin embargo tomó mi mano. Le expliqué con voz calma y pausada que recorreríamos el Instituto para conocerlo. Fue un deambular acompañado, no se soltó ni la solté, el lazo táctil era lo suficientemente seguro como para no ser lábil ni agresivo, era mi mano prolongación de la suya. La secundé en su torpeza y aceleración. Fue el inicio de un vínculo que iría profundizándose y manteniéndose aún cambiando el entorno y el encuadre... En aquella época Lali tenía cinco años, no podía expresarse verbalmente, su lenguaje era eminentemente ecológico y basado en sílabas repetidas y aparentemente aisladas.

Resulta difícil describir el inicio de una relación terapéutica entre un adulto y un niño con serias dificultades de comunicación. Desde un primer momento nos surge el interrogante “¿Me aceptará? ¿Podremos entendernos?”. Sin embargo, en el instante de compartir un espacio y un tiempo sentimos algo, una corriente invisible transmitida por una mirada furtiva, por una pequeña crispación o relajación muscular, y en el mejor de los casos por una sonrisa, que nos marca una interacción, que aunque difícil, será aceptada. Por circunstancias diversas acompañé el crecimiento de Lali en dos centros de características diferentes:

- El primero fue una “comunidad terapéutica”, esta figura institucional surgió en la década de los años 70, basándose en la antipsiquiatría, allí se trataban de realizar asambleas diarias, en las que los pacientes psiquiátricos comentaban sus opiniones acerca del funcionamiento del centro en cuestión y el accionar de los acompañantes terapéuticos. En este caso, al tratarse de una población con retraso mental y discapacidades múltiples, se intentaba igualmente mantener el esquema de asambleas. Las actividades diarias eran eminentemente manuales o de actividades de la vida diaria. Contaba con un grupo de teatro. Y, posteriormente, se agregó Musicoterapia.
- El segundo era un “hospital de día” donde en lugar de contar con talleres de diferentes actividades, se realizaba una tarea más educativa que terapéutica. En ambos, a pesar de la estructura institucional de carácter grupal, se le impartió un tratamiento especial que

“rompía” con los hábitos de trabajo habituales. Estos tratamientos se basaron en el aislamiento, la exclusividad, la rutina horaria. En ambas instituciones Lali fue motivo de profundas discusiones en los equipos de profesionales, y disparador de permanente reestructuración de la organización terapéutica. Durante el año que permaneció en la comunidad terapéutica se siguió un esquema en el cual, Lali, contaba con un acompañante o monitor terapéutico fijo y con terapias individuales (Musicoterapia, psicología, grupo de juego, terapia ocupacional, Fonoaudiología). Este esquema significó un gran desgaste para los acompañantes terapéuticos que finalmente rotaban mensualmente, situación que tampoco ayudaba para la estabilidad de la niña. Al cabo de un año fue que nos reencontramos en la siguiente institución. Allí también se intentó mantenerla con un terapeuta permanente, pero fueron uno por turno, de esta manera se disminuyó el desgaste, sin embargo, para los profesionales de la salud que a veces nos insertamos entre educadores, los límites entre la terapia y el aprendizaje (conductismo mediante) se nos desdibujan y en algunos equipos “terapéuticos” se terminan confundiendo los encuadres. Lali, fiel a sí misma se mantuvo “estructurada”, valga la redundancia, con conductas “severamente patológicas”, que reaparecían con más frecuencia en cada vuelta de hoja o para ser más precisos con cada cambio de terapeuta.

Ya no veo a Lali pero recuerdo su andar simiesco, sus momentos de mirada lúcida cuando alguna actividad la atraía mucho: Una mirada de interrogación tratando de descifrar qué se le decía.

Actualmente haciendo un análisis retrospectivo de sus conductas, desde la mirada de Ángel Rivière, puedo asegurar que aquella niña tenía signos de función perlocutiva ya que tomaba de la mano para obtener lo que quería. Sus intenciones de intersubjetividad se manifestaban en algunas de sus miradas, estableciendo acción conjunta, por supuesto que sólo en aquellas actividades que atraían su atención.

Quando los niños normales empiezan a decir sus primeras palabras, han realizado previamente un camino impresionante de desarrollo que les “permitía descifrar intenciones en la interacción” antes de poder comprender estrictamente las palabras de los adultos en estas interacciones. Los datos actuales de la psicolingüística evolutiva demuestran que, desde su primer año de vida, los bebés son muy sensibles a contornos y rasgos prosódicos del lenguaje, que definen estados emocionales e intenciones de los interlocutores. Hacia los seis o siete meses, “comprenden” en cierto modo el lenguaje aunque no entiendan las palabras ni puedan segmentarlo, definiendo de forma precisa unidades a partir del input sonoro. Además, hacia el final del primer año de vida empiezan a tener una especie de conciencia implícita, de que los demás son sujetos de experiencia y a ser capaces de compartir su experiencia mental con las de otras personas, a través de actos comunicativos intencionados como los llamados “protodeclarativos”. Cuando aparecen las primeras palabras entre los doce y dieciocho meses, esas palabras constituyen un desarrollo natural de las habilidades de intersubjetividad secundaria e interpretación de “intenciones lingüísticas” que se habían desarrollado anteriormente.

RIVIÈRE, Ángel. 1998 *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios Generales*. Madrid: APNA.

Logró cierta independencia en hábitos de vestimenta e higiene, pero nunca perdió las heteroagresiones al sentirse amenazada por una situación desconocida. Estableció vínculos afectivos muy fuertes con algunas personas y obedecía las órdenes de sus padres. Nunca aceptó a aquellos “terapeutas” que buscaban su adiestramiento con métodos agresivos (considero métodos agresivos: encierros, obligar a mirar a los ojos del interlocutor, situaciones de premio-castigo con golosinas, tono de voz imperativo en exceso o tono muy alto en frecuencia e intensidad). Poco a poco aprendió a “soportar” a otros niños, dentro y fuera de la institución. Cuando alguien le

molestaba por su timbre de voz o por su intención, se abalanzaba hacia la persona mordiéndola en la nariz o en un cachete.

Específicamente en lo que respecta al trabajo en Musicoterapia, aprendió a soplar la flauta dulce, la armaba y la desarmaba sin arrojar sus partes, también logró transferir el soplo a otros aerófonos. Este juego de aparición y desaparición de las formas se logró, en principio, utilizando una larga flauta de plástico (juguete brasileiro) que constaba de 20 segmentos de 5cm de largo cada uno, construida en un plástico muy resistente y colores primarios. Lo más apropiado de este instrumento era que al cambiar sus sonidos de acuerdo con la forma y el largo de la columna de aire, la niña no sufría frustración ante la aparente ruptura, ya que rápidamente podía sonar brindándole también un juego de búsqueda, encontrando un sentido de ser en ese rearmado y desarmado infinito y permanente durante el cual podía armarse y desarmarse ella misma, sin reproches. Componía y descomponía su propia forma, de pronto una Lali con voz grave, de pronto una Lali agresora, mordiente o quizás la Lali colaboradora, capaz de vestir y desvestirse sin desvestirse a sí misma.

Por períodos cortos lograba tocar en el teclado, sin intentar romperlo, simplemente se alejaba de él si ya no lo quería. A veces entonaba intervalos de estribillos de canciones, preferentemente 3ª menor ó 4ª mayor, ambas comienzo de numerosas canciones infantiles argentinas. Cuando escuchaba algunas canciones de un viejo cassette de Los Parchís (Amigo Félix, Los reyes Magos) se abalanzaba hacia el aparato de sonido queriendo tirarlo, sin embargo con otras melodías (en modo menor) se calmaba y comenzaba a balancear su cuerpo al compás.

En muchas oportunidades se discutió acerca de la “genuina musicalidad” de estas conductas o si, en realidad, eran meras estereotipias motoras. Desde mi mirada y escucha profesional entiendo que eran reacciones humanas, de un ser humano impactado por el sonido y sus variantes rítmicas y armónicas. Un ser humano capaz de incorporar una estructura comunicacional-expresiva meramente intuitiva, mensaje sonoro que no le exigía pensar en ese lenguaje incomprensible de miradas y palabras. Me pregunto, desde hace muchos años, qué aspectos son insostenibles para el terapeuta de un autista: quizás el silencio, o quizás sus gritos, puede ser su hiperkinesia o su abulia. A veces, sus agresiones hacia sí mismo o hacia el propio terapeuta. Muchas más de las veces despierta la competitividad profesional y no la competencia, discutiendo los propios terapeutas acerca de a quién agrade y a quién no... (Hace poco descubrí que compartía estas impresiones con Ángel Rivière.)

En tantos años de trabajo he observado la indiferencia aparente de los niños, pero también la deferencia aparente de los terapeutas que buscan en su pequeño paciente un ser para modificar o al menos para adiestrar.

Lali está diagnosticada o rotulada como paciente de riesgo (quiero aclarar que no hablo en pasado porque un rótulo así nunca muere). ¿Riesgo de qué? ¿Cuánto colaboraron las instituciones en la profundización de ese estado de riesgo? Llama la atención este término dentro del diagnóstico médico, entonces encuentro en el Diccionario de la Real Academia Española:

RIESGO: contingencia o proximidad de un daño o contratiempo.

Por supuesto que era un contratiempo intentar trabajar con Lali, se resistía a los adiestramientos conductistas, tenía sus propios tiempos y necesidades. Denotaba un peligro para sí misma, cuando se autoagredía golpeándose la cabeza contra el piso; también significaba un peligro para los terapeutas cuando les pellizcaba las manos o les mordía la cara.

Buscando los sinónimos de riesgo, encuentro un largo listado de conceptos relacionados entre sí, conceptos que debieran ser un desafío para cualquier terapeuta honesto, por ejemplo: peligro, inseguridad, trance, lance, conflicto, compromiso, apuro, vaivén, ocasión, dificultad, tropiezo, escollo, alarma. Lali confirmaba el significado de cada una de esas palabras, pero como en una aventura literaria o fantástica valía la pena intentar su compañía, exigía compromiso con ella y la tarea terapéutica, sus vaivenes permanentes, su labilidad emocional, sus mínimas y a veces imperceptibles señales de alarma, producían un conflicto permanente entre teorías y personas, entre métodos y abordajes. Nuestra inseguridad ante cada escollo, ante cada tropiezo metodológico se disipaba cuando la niña nos miraba con calma y agradecimiento. La dificultad mayor era lograr que otros terapeutas comprendieran que, ese trance en el que entrábamos cada vez que interactuábamos con Lali, era la ocasión de aprender sobre comunicación humana, sobre

psicología, y sobre todo un lance para desarrollar nuestra creatividad. Cuando equivocamos el camino, ¿qué buscamos? ¿Personas? ¿O personas pacientes de reacciones previsibles para que terapeutas impacientes puedan prever cuándo termina un tratamiento? Finalmente me pregunto ¿Quién condiciona a quién?

Debo reconocer como terapeuta y como persona, que Lali me condicionó; me condicionó a interpretar las miradas; a sacarme anillos, pendientes y collares antes de ingresar al instituto; a retirar mi mano en forma refleja antes de ser pellizcada o mordida si había alguna situación conflictiva; a descubrir el vómito o la regurgitación antes que llegara y entonces inventar algo que la distrajera de su hábito... y luego, cuando tuve que partir, descubrí que al cabo de tres años ya no usaba anillos ni pendientes, que extrañaba los paseos por aquel barrio llevando de la mano a esa niña curiosa, inquieta y por momentos transmisora de una irrefrenable dulzura y... que tenía sutiles cicatrices en el dorso de mis manos.

Los terapeutas transitamos por las instituciones, en nuestro caso, “olvidando” grabadores, cassettes de mejor o peor calidad sonora, restos de fuentes sonoras: cascabeles sueltos, metalofones destartados, celestines abollados, y alguna que otra cuerda de guitarra enredada en la pata de una silla. Y aparentemente también nos olvidamos los pacientes... Esos pacientes que pacientemente convivieron algún período de su infancia o su juventud con nosotros, soportando nuestros hábitos, nuestros gustos musicales, nuestras ganas y desganos, nuestros tonos de voz, nuestros perfumes y nuestros colores para vestirnos. Pero ¿realmente olvidamos? Me pregunto si en algunos casos no recordamos solamente aquello que refuerza las propias teorías de trabajo. Reaparecen entonces discusiones en algún equipo, con determinados profesionales, los que compartieron nuestro “que hacer”, o realmente nos quedan impregnadas las vivencias con Ellos, el objeto de nuestro “¿qué hacer?”. Un paciente conflictivo es aquél que sacude toda una institución, nos moviliza personal y teóricamente, despierta nuestras fibras creativas más íntimas, nos desafía a poner en juego nuestro arsenal de recursos lúdicos, comprensivos y hasta represivos... Paradójicamente estos pacientes conflictivos, son el motor de la investigación científica: en ellos los fármacos no producen el efecto deseado, los métodos conductistas fracasan, la transferencia y contra transferencia freudiana nos supera a nivel humano y nos deja siempre latente la pregunta: ¿qué hubiera pasado si...? Lali fue una niña conflictiva aún en su cuadro patológico. No adquirió lenguaje verbal, sus ecolalias aparentemente no tenían sentido comunicacional; pero tampoco se le facilitó otro tipo de comunicación. Muchas veces nos planteamos iniciar “comunicación facilitada” a partir de imágenes, sin embargo, la burocracia institucional y la pluralidad excesiva de criterios nos llevó a desechar el intento.

Durante una sesión y “aparentemente sin motivo” tomó la guitarra por el mástil y la golpeó con fuerza contra el suelo, rompiéndola... Mi dolor fue tan grande que me inmovilicé, sorprendida, ofendida, herida en mi fuero más íntimo, me senté contra la pared y no le dirigí la palabra. Mi reacción fue totalmente visceral, era “mi” guitarra que “me” acompañaba con sus vibraciones desde los trece años, y estaba allí, resonando todavía, con una rajadura a lo largo de su caja, emanando ese perfume característico de madera de nogal muy estacionada. Sin embargo no pude gritar, no pude decir nada. Sólo nos miramos en silencio. No sé cómo fue mi mirada, pero debía ser un fiel reflejo de lo que estaba sintiendo, entonces Lali gritó: —¡No!... ¡Eco!..., ¡Eco!... ¡No!— y comenzó a cubrirme con almohadones. Luego ella también se sentó en un rincón de la habitación, quieta, sin moverse y sin decir nada.

Son muchas las lecturas que pueden darse a un episodio en la vida de un niño autista. Sólo ellos podrían explicarnos su realidad. Nosotros, terapeutas, buscamos dar lecturas que justifican nuestra ignorancia, o que justifican nuestra sensibilidad exacerbada, porque después de todo no somos más que un ser humano, interactuando con otro ser humano muy diferente a nosotros sólo por el hecho de no ser nosotros. Siempre me gustó creer que Lali me llamaba “Eco”. Si nos remitimos a la etimología del griego:

- Oikos como prefijo significa “casa”
- En la mitología griega fue la ninfa que distraía a Hera con su charla mientras Zeus se divertía con las otras ninfas. Hera al darse cuenta de esta situación la privó del uso de la palabra hasta que alguien se dirigiera a ella, momento en que tenía la obligación de repetir

lo escuchado. Al enamorarse de Narciso, que no correspondió su pasión, Eco languideció y se consumió hasta que no quedó de ella nada más que su voz

- Ovidio la describió como una voz sin presencia, una “reflexión especular” de carácter vocal o auditivo.
- En acústica: deriva del griego echo (sonido), es la resonancia del otro y de uno mismo, esa resonancia en el que el otro se oye a sí mismo.

Y ¿qué somos si no “Eco”, los musicoterapeutas?

CANCIÓN

Para pensar lo negro, blanco
Para sentir lo blanco, azul
Escuchar crujir las hojas,
ver riéndose al sol...

Necesito una mano fría
La ciudad, una canción.
Camino así:
Buscando aquí tu mano, la ciudad es mía.
La estoy construyendo con una solitaria
Tristeza invernal.
Estás gris
Buenos Aires!
La niebla de invierno trasluce un sol sonriente
Me llena de rojo
De humo gris...
Los coches se mezclan en tu gris
Sólo se ven luces,
Los árboles vacíos cantan también conmigo
Me estoy metiendo en tu noche Ciudad.

Buenos Aires, 1968

...
Música porque sí,
música vana
Como la vana música del grillo
Mi corazón eglógico y sencillo
Se ha despertado grillo esta mañana.

Conrado Nalé Roxlo

CAPÍTULO II La búsqueda (sonrisas)

José fue un grave error de la genética; sin embargo, ese ser humano trisómico y autista sabía sonreír con una sonrisa humana que le iluminaba la cara. Aunque fuera sólo por el desafío de provocar esa sonrisa, apetecía estar con él. Solía balancearse en ritmo de barcarola y a veces golpear su cabeza contra la pared..., aparentemente no tenía más motivaciones que el propio “rocking” y el placer vestibular que debía despertar este movimiento en su cuerpo. Sin embargo no sonreía si estaba solo, pero sí sonreía si escuchaba alguna música coincidente con su balanceo, entonces, un

hilo invisible de comunicación no verbal se tendía entre José y el terapeuta, ya no era un rocking, era un mecer pausado, consciente, premeditado, concordante con algo que sonaba uera de él. Levantaba la vista y sonreía, iluminando la sórdida habitación...

Lo que define el valor de la sonrisa es un funcionamiento egocéntrico o aloécéntrico, sonrisa-reacción o sonrisa-relación, sonrisa-captada o sonrisa-propia, sonrisa-diálogo que pasa del esquema dado al modelo construido. Con razón se ha dado a la sonrisa el sentido de una manera de ser que en principio corresponde a un bienestar o tranquilidad y pasa a convertirse en un esbozo de comunicación, sólo comprensible al margen de la relación y de lo que nos viene dado.

AJURIAGUERRA, Julián de. 1975. *Manual de Psiquiatría Infantil* Toray Mason:

Para José no existía la heteroagresión, el mundo físico se terminaba en su piel, pero era tal el abismo al que se enfrentaba cada vez que llegaba al límite de su cuerpo, que se aferraba a sí mismo con sus dientes, produciéndose terribles heridas en el dorso de las manos. Duras callosidades le cubrían la mano, que cada tanto era necesario curar, vendar. José se dejaba curar, mirando con curiosidad el trajín de vendas y desinfectantes que movilizaba a los terapeutas. Cuando estaba tranquilo y de buen humor era agradable verlo acercarse al teclado y buscar un ritmo determinado; nunca supe cómo, aprendió a encontrar el botón para el ritmo de música “tecno”, y con ese ritmo se quedaba mirando un punto fijo, sin moverse ni siquiera en su rocking habitual.

Cada ser humano con el que interactuamos se convierte en un interrogante, a cada conducta incomprensible pretendemos darle un sentido lógico, pero olvidamos que aquello que es lógico para nosotros (con nuestra historia y cultura personal), no es necesariamente lógico para otra persona.

De los objetos a las estructuras, de las estructuras al lenguaje, existe una cadena continua tanto más difícil de descifrar cuanto que nos es natural y espontánea, y estamos totalmente condicionados por ella [nos dice Pierre Schaeffer].
SCHAEFFER, Pierre. 1988. *Tratado de los objetos musicales [original en francés, 1966]*. Alianza Música

Nunca me agradó la música tecno, a la que considero automática, metálica, vacía de contenido e inmersa en una forma impersonal y hueca. Sin embargo a José lo transportaba a otro mundo, un mundo donde ni siquiera era necesario moverse rítmicamente, un mundo sin abismo, un mundo estático y apacible. Sus ondas cerebrales consonaban con el ritmo y la armonía mecánica del teclado, él encontraba su placebo.

El efecto de la música actúa sobre la aceleración o retraso de los neurotransmisores, tanto el ritmo como la melodía o determinadas secuencias armónicas ejercen el efecto sobre las endorfinas y la dopamina. Me pregunto si este mismo efecto no es el que produce este tipo de música impersonal y mecánica en los cerebros de los adolescentes que van por la vida con sus cascos de audio en MP3.

Actualmente y casi diez años (1993-2001) después de estas observaciones aprendo que esos episodios que presentaba este niño con Síndrome de Down, de autoagresión podían ser convulsiones, algo que si bien se intuía en aquella época, todavía no era posible demostrar técnicamente.

La relación con el fenómeno sonoro es eminentemente individual; puede haber líneas de generalidad, que hacen a la esencia del fenómeno sonoromusical como producto cultural, pero hay reacciones individuales que son imprevisibles. La imprevisibilidad se fundamenta en cada individuo, en ese sujeto que se nos presenta como ausente, pero que está presente en su individualidad comunicacional. Su expresión se nos aparece como única, y es labor del musicoterapeuta desentrañar los actos expresivos, en función de una mejor comunicación de ese ser humano con su entorno y consigo mismo.

[...] los cortes sonoros se practican en dos universos: son una parte del que escucha y una porción del mensaje de quien se expresa [...].

SCHAEFFER, Pierre. Íbidem.

La familia de José redescubrió en él esos rasgos de “humanidad”, aprendieron a motivar su risa, con títeres, sonidos, juegos con las manos, canciones, y entendieron que después de muchos años de rechazo, el niño podía ser aceptado y querido, recuperando un lugar en el deseo de ser padres o hermanos.

Bowlby nos habla de cuatro estadios en la sonrisa:

1. Espontáneas y reflejas (hasta la 5ta semana).
2. Social no selectiva.
3. Social selectiva.
4. Reacciones sociales diferenciadas.

BOWLBY, John. 1976. *El vínculo afectivo*. Paidós

Una de sus hermanas aceptó cantar con su guitarra ante él y así integrarlo también en sus canciones. El deseo de ser padre o madre construye la fantasía del hijo, un hijo perfecto física y mentalmente, un hijo que retribuirá afecto y tenderá de alguna manera a la perpetuación familiar... Cuando el niño nace con dificultades, no importa cuáles, un hondo sentimiento de culpa transforma la fantasía inicial en un duelo por ese hijo que no fue, y entonces es necesario trabajar con esos padres en la aceptación de su nuevo hijo. Deben aceptar el cambio de situación y sobre todo la idea que de todas maneras serán los padres de esa nueva criatura. Pero los terapeutas también ocasionamos duelos. Una vez más nos encontramos ante lo inevitable: la partida y el aparente abandono del paciente en la institución, ¿quién elabora con ellos ese duelo? Nosotros “terapeutas de paso” elaboramos y analizamos nuestros actos en numerosas sesiones de terapia personal, pero ellos, “pacientes de permanencia” ¿con quién elaboran o resuelven cada partida? La ruptura del vínculo supone en muchos casos un serio desgarramiento: cuando el paciente no puede expresar verbalmente su malestar, lo expresa de forma primitiva con agresiones, gritos, rotura de objetos, sin embargo, preferimos darle otra lectura: son “reacciones sin motivo aparente”, “heteroagresiones inmotivadas”, “señales de inadaptación”, “berrinches” y en el mejor de los análisis “llamadas de atención”. Entonces se concluye que el niño ha sufrido una regresión, ya que parece haber perdido el buen humor que había “logrado”.

APEGO: puede definirse como un vínculo afectivo que una persona (o animal) establece entre sí mismo y otra persona (o animal determinado). Un vínculo que los obliga a estar juntos en el espacio y que permanece con el paso del tiempo.

BOWLBY, John. Íbidem.

No puedo asegurar que ese “buen humor” fuese patrimonio de las sesiones o encuentros musicoterapéuticos, pero sí puedo asegurar que cada cambio en un equipo profesional dentro de una institución, produce desequilibrios vinculares de los cuales es principal “sufriente”, el paciente.

Cleo padecía Esclerosis Tuberosa [patología neurológica severa que, además de cursar con crisis convulsivas produce calcificaciones en el tejido encefálico, con serio déficit comunicacional y cognitivo]. Manifestaba conductas autísticas desde muy pequeña [aleteos, falta de contacto visual, no desarrolló lenguaje verbal, gritos “inmotivados”, rechinar de dientes, crujido de articulaciones]. En las instituciones de autistas era común encontrar niños con cuadros neurológicos diversos que al “cursar con conductas autísticas” se los calificaba como pertenecientes al espectro autístico, aún un concepto bastante borroso, y bastaba que el niño aleteara alguna vez en el día o se quedara mirando fijo a “la nada” para considerarlo autista. (Me refiero a la primera mitad de los años 90 y, especialmente, donde la población de personas con autismo “puro” se

reducía a un número muy pequeño de pacientes.) En los niños con esclerosis tuberosa el aislamiento se produce por el propio deterioro neurológico, ejercido por el proceso de calcificación del sistema nervioso, siendo una enfermedad neurodegenerativa que tenía un pronóstico muy bajo de supervivencia.¹ Actualmente, se están realizando intervenciones quirúrgicas exitosas para la eliminación de los focos convulsivos. También he encontrado personas que padecen esta enfermedad integradas normalmente a la sociedad.

Mi relación con ella comenzó en su adolescencia. Podía permanecer horas arrinconada, tamborileando sus dedos en la pared. Había música que le agradaba especialmente, era aquella que tenía rasgos melódicos predominantes, como los boleros o las zambas del norte argentino (curiosamente ambos caracteres musicales se basan en ritmos binarios aunque en el caso del bolero es un compás simple y la zamba uno compuesto). Su reacción ante la música que le agradaba era quedarse quieta en actitud expectante pero relajada, llevando el dedo índice de la mano derecha a su frente, como si estuviera por decir alguna ocurrencia.

El tamborilear de los dedos de Cleo también estaba relacionado con esos ritmos.

La joven no podía cantar, vocalmente emitía algún grito como un graznido, pero sonreía, y a veces con la boca cerrada y los labios muy apretados lograba emitir un sonido agudo, de baja intensidad pero muy penetrante.

Escuchar a alguien, oír su voz, exige, por parte del que escucha, una atención abierta al intervalo del cuerpo y del discurso, que no se crispa sobre la impresión de la voz ni sobre la expresión del discurso.

VASSE, Denis. *El peso de lo real, el sufrimiento.*
Gedisa: Biblioteca de Psicología profunda.

En ocasiones también aceptaba tocar en un sistro agudo y muy de cuando en cuando optaba por las claves de madera. Generalmente, rechazaba utilizar sus manos para tomar objetos, prefería jugar con sus falanges logrando contorsiones muy elaboradas y sonoras. Sonido a veces parecido al de las claves en su entrecchoque.

En una primavera llegó a nuestra provincia, muy alejada del mar, un grupo cubano con un espectáculo de delfines. La institución resolvió llevar a los niños al espectáculo, todos disfrutaron mucho, pero mi sorpresa fue enorme al comprobar que el sonido agudo que realizaba Cleo, consonaba con el sonido de los delfines en sus momentos de alegría. La niña durante todo el espectáculo mantuvo un diálogo sonoro con los animales.

Podemos hablar de similitudes, consonancias, resonancias, o simplemente juego sonoro, como empatía, como necesidad de oírse en otro y sentirse oído. Cleo encontró en un delfín su sonido; sin embargo esta experiencia no fue terapéutica; fue lúdica, y expresión de situaciones que suceden en mayor o menor medida en forma cotidiana y nos da la certeza que un niño severamente perturbado también puede jugar. Nunca pudimos experimentar con delfinoterapia para ese grupo de niños, era una disciplina que recién ingresaba al país y la práctica se encontraba a 1.000 Km de distancia de donde nosotros vivíamos. Pero sí puedo afirmar que el trabajo realizado durante los veranos en la piscina les ayudó a relacionarse mejor entre sí y con otros niños, así como a perder el miedo a desplazarse libremente en el medio acuático.

Es falso pretender dar el viso de terapéutico a toda actividad en la que la persona se siente bien. Una terapia produce modificaciones profundas en las afecciones que se padecen, y para que sea terapéutico debe existir un vínculo humano que esté sosteniendo esa relación. No podemos hablar en este caso de delfinoterapia tan sólo era un espectáculo, en un encuadre de espectáculo. Sin embargo era indiscutible que Cleo encontró su identificación. Qué sucedió entre el delfín y ella es muy difícil de responder con exactitud. Hasta podríamos desarrollar una teoría filosófica al respecto. Para mí aquella situación llegó a formar parte del espectáculo. Me demostró una vez más que no tengo todas las respuestas y que es mejor esperar no tenerlas nunca.

¹ Fegerman, Natalio 1994 *Neurología Pediátrica* Ed. Panamericana

Mujer
Rueda que gira, que gira
Mujer
Que crece, que crece
Que es...
La rueda para, se tumba
Mujer
Que ríe, que llora
Temor...
Canción que rueda, que suena
Engranaje flojo,
Paró...
Buenos Aires, 1970.

La media luna es una cuna
¿quién la mece?
Y el niño de la medialuna
¿para quién crece?
UNAMUNO, Miguel de. Canción de cuna.

CAPÍTULO III Conocer al otro (escuchar)

Conocemos, desde diferentes experiencias de nuestra vida personal, que la música es un medio fundamental de evocación de imágenes, sensaciones, estados de ánimo. Es decir, es una de las creaciones humanas que a lo largo de la historia hicieron sentir al hombre su condición de ser humano. La satisfacción que logra un bebé de pocos meses al poder reproducir algún sonido vocal imitando el arrullo de su madre, el placer y la calma que le dan el balanceo rítmico y acompasado cuando lo mecen, son sensaciones que algunos niños (autistas por ejemplo) quizás no han logrado registrar plenamente por no poder comprender sus propias sensaciones. Y, sin embargo, son seres humanos.

Mi intención en este trabajo no es recopilar teorías sobre diagnósticos y rótulos patológicos, ni describir desde fuera las vivencias de los pacientes, simplemente es volcar mi experiencia en veinticinco años de profesar la relación humana a través del hecho sonoro-musical, o dicho de otro modo, de innumerables sesiones de Musicoterapia.

Es importante entonces que dé mi visión teórica de la Musicoterapia:

La Musicoterapia es una disciplina autónoma englobada en las Ciencias de la Salud, que a través del sonido-silencio-movimiento, en un ámbito relacional entre paciente y terapeuta, favorece canales de comunicación consigo mismo y con el entorno, brindando un medio de expresión apto para la resolución de problemáticas profundas...

Cuando digo autónoma, utilizo el concepto etimológico de la palabra *autonomía*, del griego: *autos* (propio) y *nomos* (ley).

Es decir, que la Musicoterapia es capaz de establecer como disciplina internacional sus propias leyes y normativas respecto al trabajo de los musicoterapeutas. Esto por supuesto se da en algunos países donde existe como formación académica. Los profesionales musicoterapeutas pueden trabajar en equipos de salud sin depender de otras disciplinas sino interactuando con otras profesiones.

- En una de las acepciones de la Real Academia Española encontramos que autonomía es ~“La condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos...”.

Esto nos retrotrae a treinta años de discusiones en el seno de la Musicoterapia argentina: los musicoterapeutas argentinos con formación académica pretendemos una ley que regule nuestra actividad profesional, ley que ya existe en algunas provincias (estoy hablando del año 2001). Ley que no existe en muchos países, ni siquiera europeos o asiáticos.²

- En el derecho civil internacional autonomía es: “La “capacidad de los sujetos de una relación jurídica de darse normas propias en función de su autogobierno, pudiendo establecerse, para regularla, los pactos, cláusulas y condiciones que tengan por convenientes, siempre y cuando no sean contrarias a la Ley”.
- Finalmente encuentro en la ética kantiana que es: “La independencia volitiva respecto a los deseos u objetos del deseo, y su facultad de determinación conforme a una ley propia de carácter racional y universal”.

Podríamos decir que... la Musicoterapia tiene su propio objeto de deseo respecto de otras ciencias de la salud ya que es una disciplina que estudia al hombre y su entorno sonoro, entendiendo como “entorno sonoro” el cúmulo de vibraciones (o la ausencia de ellas) percibido y registrado desde la formación gestacional.

Podríamos hacer referencia al concepto de Paisaje sonoro o entorno sonoro, desarrollado por el pedagogo y compositor musical canadiense Murray Schafer en sus investigaciones sobre Ecología del sonido.

Cuando hablo de vibraciones, es porque concibo el sonido como una construcción mental de todas aquellas vibraciones que fueron percibidas a lo largo de la vida cumpliendo función sonora. Entonces también integramos en este conjunto las oscilaciones propias de los infra y ultrasonidos. La música participa desde la gestación en la regulación de las conductas y afectividad humana, quedando registrada de forma totalmente inconsciente y creando un surco para el arraigo de la herencia sociocultural. Podemos concluir entonces que la diferencia entre la Musicoterapia y otras terapias, radica en la utilización del lenguaje musical como puente de comunicación con el paciente. Como se trata de comunicación encontraremos omnipresente el juego de emisor y receptor, pero con canales y códigos muy fluctuantes y sutiles que irán cambiando con dinámicas propias, no preestablecidas y poco planificadas explícitamente; sin embargo, no es una red comunicacional virtual, es una red comunicacional presencial y por lo tanto en permanente recreación.

Por supuesto que al confluir en el estudio del hombre con otras disciplinas, la Musicoterapia, debe aportar su visión, al mismo tiempo, relacionarse obteniendo datos desde otros enfoques que la puedan enriquecer en su tarea. No debemos perder de vista el objetivo final que es el bienestar de ese ser humano que tenemos delante.

Para Roland Barthes hay tres tipos de escucha:

1. Alerta.
2. Desciframiento.
3. Significación. Aquí no interesa lo que se dice sino quién lo dice. Tiene lugar en un espacio intersubjetivo. Lo que se capta por esta escucha, es captado para ser transformado e indefinidamente relanzado en el juego del transfert, que no se puede concebir sin la determinación del inconsciente.

“Lo obvio y lo obtuso”, en El arte de escuchar. Paidós.

Existen numerosas definiciones de Musicoterapia personalmente rescato algunas de colegas que quizás ya hayan sido revisadas, ampliadas y modificadas pero que considero confluyen en el hacer común:

- Abordaje particular del sujeto y su problemática desde lo sonoro y lo corporal, de modo que la música, tomada en su sentido más amplio, pero respetando su

² Al año 2013 cuando se realiza la revisión de este texto ya existen leyes de Ejercicio Profesional en varias Provincias Argentinas. Ley N° 13635 de Provincia de Buenos Aires, Ley N° 3112 de la Provincia de Río Negro, Ley N° 710 de Tierra del Fuego, Ley N° 2112 de Neuquén, Ley N° 2.079 de La Pampa, Ley N° 4478 de El Chaco, y Ley N° de Entre Ríos

característica fundamental de poseer una estructura análoga a la del lenguaje y estar determinada por él, pueda ofrecer un camino terapéutico a fin de lograr una mínima actitud transferencial o una posibilidad alternativa.*

PAPALÍA, Mónica. *Anuario, Amura: 1989.*

- Terapia sencilla para curar cosas complejas, como es la mente humana [...].*

PELUFFO, Nora. : 1991 *Anuario, Amura [Expresión de uno de sus pacientes].*

- Especialización científica autónoma, cuyo objeto de estudio es el hombre, los códigos no verbales en los cuales actúa con el medio y consigo mismo.*

RODRÍGUEZ ESPADA, Gustavo 1989. *Anuario, Amura.*

- La Musicoterapia tiene por objeto promover la conciencia y el análisis de los modos acústicos-relacionales, vinculados directa o indirectamente con la génesis y/o la sintomatología de los distintos cuadros patológicos, en función de producir modificaciones o transformaciones que posibiliten la prevención, disminución, o desaparición de los padecimientos y las secuelas que la acción de la enfermedad produce en las personas, los grupos familiares y la comunidad.

GALLARDO, Rubén Darío. 1998.

- Proceso dinámico de intervención donde el musicoterapeuta ayuda al paciente a llegar a la salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan por medio de ellas, actúan como fuerzas dinámicas de cambio.

BRUSCIA, Kenneth. : 1997 *Definiendo Musicoterapia, Amura.*

Otras definiciones pueden encontrarse en la abundante bibliografía teórica que existe publicada.

Desde una concepción de las patologías como tipos de “organizaciones psicobiológicas diferentes” y no como “desorganizaciones de la normalidad”, encuentro desde mi trabajo cotidiano que, desde el hacer musicoterapéutico, pretendo aportar una escucha también diferente: intercambio de sonidos y silencios; estereotipias transformadas en juego en la repetición; espejo de movimientos, referente último de la presencia del otro; espera paciente de tiempos en búsqueda del “tiempo” y “pulso” individuales; permiso de exploraciones espaciales sonorizando objetos e incorporando sensaciones; contención cuerpo a cuerpo, delimitante de espacios personales... Realizo una permanente búsqueda de la estructura sonoro-téporocorpo-espacial de ese niño que (como en el caso del espectro autista) se presenta como “desconectado”, ausente en su presencia, rítmico en sus rituales, en sus estereotipias, o en sus acúfenos, melódico en sus ecolalias y en sus gritos, armónico en sus desarmonías...

Quizás suenen o resuenen estos párrafos como mera literatura, un intento más de agregarle magia poética a una realidad patética que se presenta cotidianamente en nuestros consultorios.

Como artista intento brindar un ámbito donde el niño halle un equilibrio entre el respeto por su accionar y la posibilidad de creación. Como terapeuta trato que este ámbito respete estructuras básicas; ofreciéndole la seguridad necesaria para nuevos aprendizajes respecto de la relación con los objetos, las personas y consigo mismo.

Se establece así un vínculo, desde el cual se irá aportando al proceso terapéutico, basándome fundamentalmente en la comunicación.

No podemos estudiar las enfermedades como simples entidades. No pueden comprenderse sino como disfunciones enmarcadas en determinadas organizaciones.

Normal y anormal son ideas contrapuestas como bien y mal. El término “normal” es equívoco. Se habla de normal como normalidad estadística y se identifica norma y frecuencia, encasillando a las personas en una curva estadística [...] para

nosotros la enfermedad viene a ser la manera de obrar del hombre de funciones desorganizadas.

AJURIAGUERRA. Julián de 1974 *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Mason

Desde la Musicoterapia no realizamos un diagnóstico médico sino un diagnóstico musicoterapéutico: cómo ese ser humano determinado se relaciona con el sonido y sus parámetros, cómo se expresa motrizmente, cómo utiliza su voz y es capaz de imitar o improvisar ya sea con o sin objetos físicos, acciones sonoras o corporales.

En ocasiones las imitaciones son pequeñas acciones asincrónicas o diferidas; otras veces aparecen como mera expresión del reflejo cócleo-recurrencial, sin embargo, indican cierto nivel de conexión y cuál será el umbral comunicacional, entiendo como tal la vibración por simpatía de las cuerdas vocales del niño en sus primeros meses de vida, antes de instaurarse la conducta de imitación de los sonidos musicales, según el doctor Julio Bernaldo de Quirós, la rama recurrencial del neumogástrico que inerva las cuerdas vocales, sería estimulada por simpatía por la rama coclear del auditivo en la zona del bulbo raquídeo, región por las que ambas pasan. Estas investigaciones fueron realizadas en los años 60 y, actualmente, no encuentro referencias bibliográficas al respecto, sin embargo, es muy común establecer diálogos sonoros con bebés, con intención de canto y por imitación de sonidos entonados. La emisión de sonidos musicales es común en niños con grandes dificultades de comunicación verbal.

Observé en algunos de mis “pacientitos” afectados de parálisis cerebral una intención clara de seguir mis melodías vocales, pudiendo quizás entonar uno solo de los sonidos. También utilizo este recurso de intención de canto con bebés con Síndrome de Down para favorecer la tensión muscular.

El niño en el juego musical incorpora los gestos básicos sonoros (humanos):

- Sacudir: sonajas, campanillas, etc.
- Golpear: tambores, con parche de cuero o de acrílicos.
- Entrechocar: claves, manos, castañuelas.
- Rasgar: cuerdas, parches, superficies lisas o rugosas.
- Pulsar: cuerdas, teclas, botones.
- Apretar: chifles.
- Soplar: silbatos, flautas, etc.
- Aspirar: armónicas, sirenas y similares.
- Prender: percutores de diferentes calibres.

Gestos que cotidianamente realiza con sentido estereotipado, pueden transformarse en adquisiciones motoras finas, con un objetivo conductual, expresivo de comunicación e intercambio.

El niño también:

- Grita: buscando resonancias acústicas, buscando la atención del adulto, defendiéndose de una situación que no logra dominar.
- Regurgita: como autoestimulación, como expresión de desagrado.
- Gime: como autoestimulación, como expresión de dolor.
- Habla a veces de manera rítmica o particularmente melódica: intenta imitar el lenguaje hablado, muchas veces no comprendido en su significado real (lo recibe muchas veces como melodía).
- Canturrea reproduciendo estribillos de canciones o jingles publicitarios: intenta imitar canciones por el puro placer de cantar.
- Rechina: por bruxismo, por autoestimulación sonora.
- Chasquea: por autoestimulación vocal.

A partir de una observación pautada del niño podremos definir los siguientes ítems:

Relación con el medio:

- Sensibilidad ante sucesos que lo rodean.
- Irritabilidad.
- Curiosidad.
- Relación con objetos simples.
- Relación con objetos complejos. Relación con juguetes o materiales cotidianos.
- Atracción por el color o la forma y no por el sonido.

Relación con las personas:

- Intersubjetividad.
- Posibilidades de comunicación y expresión.
- Posibilidad de dar significado y contenido a la acción.
- Posibilidad de subjetivación.
- Posibilidad de imitación.
- Características de personalidad.

Capacidades y/o necesidades físicas:

- Agudeza y discriminación auditiva. Necesidad de descarga. En algunos casos: nivel de agresividad.
- Necesidad de percibir vibraciones prolongadas.

Capacidades motoras:

- Motricidad gruesa
- Gesto primario
- Gesto complejo
- Gesto reversible (utiliza la mano en varios sentidos)
- Motricidad fina. Incorporación de la pinza en la prensión.
- Independencia de los dedos en el pulsar.

Funciones psíquicas:

- Atención, secuenciación, retención y memoria.
- Anticipación.
- Flexibilidad. Sentido del humor.
- Tono mental.
- Ubicación espacio-temporal.

Habilidades específicas:

- Posibilidad de expresión verbal.
- Intencionalidad de canto en la emisión de la voz.
- Creación musical.
- Posibilidades de expresión y creatividad.
- Capacidad de imaginación.
- Discriminación y receptividad del lenguaje y el hecho sonoro en general.

ASPECTOS DE LA HISTORIA PERSONAL QUE INFLUYEN EN SU ESPECTRO-SONORO MUSICAL INDIVIDUAL

Trabajo con esta Lista de cotejo agregándole observaciones particulares en función de conocer mejor a la persona que iniciará el tratamiento musicoterapéutico.

Reacción a estímulos sonoros (especificar el tipo de estímulo):

- Mira
- Sensibilidad ante sucesos que lo rodean

- Lloro
- Irritabilidad.
- Ríe
- Intersubjetividad
- Curiosidad
- Se mueve
- Discriminación auditiva.
- Aparentemente no reacciona.

(Grado de conexión e interés por el mundo que lo rodea. Intención vincular.)

Elección de fuente sonora:

- Membranas.
- Relación con fuentes simples
- Metales
- Relación con fuentes complejas.
- Plásticos.
- Relación con juguetes o materiales cotidianos.
- Madera
- Necesidad de descarga
- Cuerdas
- Necesidad de percibir vibraciones prolongadas
- Teclado
- Atracción por el color y no por el sonido
- Indefinidos
- Atracción por la forma.
- Otras observaciones.

(Características de personalidad y en algunos casos evaluación de dificultades auditivas funcionales o físicas).

Gesto sonoro predominante:

- Grita
- Gesto primario
- Rechina
- Gesto complejo.
- Chasquea, regurgita, etc
- Gesto reversible (utiliza la mano en varios sentidos)
- Golpea
- Intencionalidad de canto en la emisión de la voz
- Entrechoca
- Incorporación de la pinza en la prensión.
- Sopla
- Independencia de los dedos en el pulsar.
- Sacude
- Rasga
- Bate palmas.
- Canta.
- Pulsa.

(Se observa la motricidad fina y la coordinación.)

Intensidad del gesto sonoro:

- Fuerte.
- Características de personalidad.

- Suave.
- Tono mental.
- Medio.
- Nivel de agresividad (en algunos casos).

Utilización de la fuente sonora:

- No convencional
- Convencional.

(Se observa si posee el concepto cultural respecto al objeto que toma.)

Actitud corporal general:

- Permanece quieto.
- Se mueve con dificultad.
- Motricidad gruesa.
- Se mueve sin dificultad.
- Intersubjetividad.
- Pide ayuda para desplazarse.
- Posibilidades de comunicación y expresión.
- Se mueve con ritmo propio.
- Posibilidad de dar significado y contenido a la acción.
- Se mueve siguiendo un ritmo impuesto.
- Imita grandes movimientos.
- Imita sólo gestos sonoros.

(Se observa el grado de respuesta musical y la intersubjetividad.)

Uso de la voz.

Emite sonido:

- Gutural
- Posibilidades de expresión y comunicación a escala primaria.
- Gritado sin inflexiones
- Posibilidad de expresión verbal.
- Gritado con inflexiones
- Intersubjetividad.
- Con impostación de habla.
- Monocorde.
- Oscilante.
- Ecolálico.
- Agudo.
- Medio.
- Grave.
- Monosilábico.
- Bisilábico.
- Otras características.

(Se observa el registro vocal de la persona, y el grado de empatía sonora.)

Uso de la voz con sentido de canto.

- Emite sonido vocal con sentido de canto.
- Posibilidad de imitación.
- Canta melodías
- Posibilidad de subjetivación.
- Afina
- Capacidad de imaginación.
- Desafina.

- Discriminación y receptividad del lenguaje y del hecho sonoro en general.
- Tararea.
- Canta con texto real.
- Canta inventando texto.
- Reproduce canciones.
- Crea melodías (tipos de melodía).
- Recuerda lo que crea.
- Se reconoce a sí mismo cantando en una grabación.

(Se observan la musicalidad y las posibilidades creativas.)

Sentido rítmico:

- Logra imitar células rítmicas simples.
- Logra imitar células rítmicas complejas.
- Logra imitar células de ritmos binarios.
- Logra imitar células de ritmos ternarios.
- Logra crear células rítmicas en forma espontánea
- Logra repetir ritmos creados por él.

Funciones psíquicas:

- Atención.
- Secuenciación.
- Retención.
- Memoria.

(Se observan la musicalidad y las posibilidades creativas, así como la memoria y la coordinación espacio temporal.)

Sentido melódico:

- Imita con el canto
- Reproduce en un instrumento.
- Reproduce por oído absoluto.
- Reproduce por oído relativo.
- Crea células melódicas espontáneas.
- Puede recordar lo que creó.
- Crea melodías tónicas.
- Atónicas.
- Pentatónicas.
- Mayores.
- Menores.
- Fluctuantes.

Funciones psíquicas:

- Atención.
- Memoria.
- Posibilidad de subjetivación.
- Habilidad específica para la creación musical.

(Se observa la musicalidad y las posibilidades creativas.)

Sentido armónico:

- No acepta acordes.
- Dificultades auditivas.
- Busca armonía.
- Habilidad específica para la creatividad musical.

(Se observa la musicalidad y su aceptación o rechazo de determinadas situaciones sonoras.)

Preferencia en la intensidad del sonido:

- Alta
- Dificultad en la percepción auditiva
- Media
- Baja.

(Se observan posibles dificultades auditivas.)

Reconocimiento de sonidos:

- Dificultades en la percepción auditiva
- Agudeza y discriminación
- Memoria.

Frecuencias

- Altos
- Bajos
- Medios.

Intensidad:

- Débil.
- Fuerte.

(Se observa memoria auditiva y asociativa.)

Localización de la fuente sonora (con reconocimiento):

- Con ojos abiertos.
- Con ojos cerrados
- Oculta.
- Agudeza y discriminación auditiva.
- Ubicación espacial
- Memoria.

(Se observa ubicación espacial. Relación espacio-tiempo.)

Preferencia en el carácter musical (al escuchar y al producir):

- Andante.
- Espectro sonoro-musical.
- Alegre.
- Marcial.
- Folclórico.
- Clásico.
- Infantil.
- Religiosa.
- Popular bailable.
- Étnica.
- Otros.

(Se observan características de personalidad.)

Interrogatorio a realizar con la familia o con los terapeutas que rodean a la persona:

- ¿Cómo reacciona generalmente ante los sonidos, en el hogar, en la calle, en fiestas, con la televisión, etc.?
- ¿Reconoce voces?
- ¿Nota que reconoce algún sonido en particular?
- En la televisión, ¿qué prefiere ver propagandas o los programas? ¿Cuáles?
- Durante el embarazo: ¿qué tipo de ambiente sonoro hubo?
- Actualmente ¿qué ambiente sonoro lo rodea?

(Se conocen aspectos de la historia personal que pueden influir en su espectro sonoro musical individual).

Este esquema evaluativo ha sido utilizado desde 1975 con cada uno de los pacientes que pasaron por mi experiencia clínica. Ha sido enriquecido con el paso de los años, ya que se lo fue adaptando al lenguaje de otras disciplinas, de los equipos interdisciplinarios para que pudiera ser comprendido por cualquier persona que o leyera.

Se caracteriza por ser abierto, no invasivo y flexible de acuerdo con las necesidades institucionales y personales, ya que se completa no sólo como lista de cotejo, sino con comentarios subjetivos acerca de los aspectos observados. Los resultados tienen un seguimiento anual, para constatar, avances o retrocesos de la persona. Esta documentación permanece en cada institución, en los legajos personales de los pacientes, preservando el secreto profesional y la necesidad de mantener los datos para consulta de los diferentes equipos de profesionales. Existen otros modelos que pueden ser consultados en la extensa bibliografía existente acerca de la Teoría de la Musicoterapia

(SABBATELLA Patricia, 1993; BENENZON Rolando, 1981; GALLARDO Rubén; GRANT RE, 1995; POCH Serafina, 1972; COHEN y otros, 1972, etc.).

Bulimia

Vacía de palabras, entonces... pensar.
Llenarme de objetos... sonidos no:
Solamente objetos
Desfilan por la mente, no son palabras
No son sonidos... son sólo objetos.

Buenos Aires, 1973.

.....

Andando, andando
Que quiero oír cada grano
de la arena que voy pisando...

Juan Ramón Jiménez

CAPÍTULO IV El encuentro (haciendo música)

Hay sesiones que comienzan con actitud indiferente por parte del musicoterapeuta, otras en las que se imitan llantos o gemidos característicos; a veces el diálogo se establece desde el movimiento, otras reforzando la magia de ausencias y presencias detrás de una cortina o dentro de una gran caja. Los juegos sonoros que se realizan se basan generalmente en las estereotipias motoras que trae el niño, trasladándolas a un tambor, una flauta o una guitarra, brindándole otra utilidad al gesto, y motivando un cambio cualitativo en la relación con los objetos. Ya no será el gesto como descarga o autoestimulación sino el gesto en función de obtener algo placentero de un objeto determinado. Cada niño es un pot-pourri sorpresivo de movimientos, miradas furtivas, descargas rítmicas.

Cuando estudiaba psicología en mis primeros años de formación, recuerdo que me impresionó el concepto vertido por Katz en *Psicología de las edades*:³

Según la teoría de la concordancia la ontogénesis y la filogénesis son procesos análogos [...] las disposiciones hereditarias del individuo están creadas de un modo que, éste evoluciona desde los comienzos más primitivos y en cada estadio posee formas típicas de reacción frente a lo que lo rodea, que corresponden completamente al grado de desenvolvimiento, de modo que existen formas de reacción primitivas, más desarrolladas y superiormente desarrolladas de un tipo común, lo mismo si se trata de ontogénesis que de filogénesis.

Más adelante y releendo a Schaeffer vuelvo a encontrar la similitud: ¿no somos neandertales o meros *homos faber* cuando estamos ante un utensilio al que por repetición le damos la función trascendente de instrumento?

Nos dice Schaeffer en su *Tratado de los objetos musicales*:

La actividad instrumental, causa visible y primera de todo fenómeno musical, tiene de particular su tendencia a anularse como causa material de dos formas distintas:

La repetición del mismo fenómeno causal hace desaparecer la significación práctica de esta señal, es el paso del utensilio al instrumento. La variación en el seno de la repetición causal, de algo perceptible, acentúa el carácter desinteresado de la actividad y le da un nuevo interés, creando un acontecimiento de otra especie, que estamos obligados a llamar musical.

Seguiremos analizando el problema de los objetos, pero ya no los musicales sino los objetos lúdicos, reflexiono sobre este párrafo de Frances Tustin en su libro *El cascarón protector en niños y adultos*.

En el campo educacional existe una diferencia similar de opinión entre los maestros de niños pequeños que usan los métodos pedagógicos de juego de Froebel y los que prefieren el método Montessori. Yo me formé como froebeliana y solía mirar desaprobatoriamente la insistencia de Montessori en que el aparato educacional proporcionado al niño no se usara de otro modo que para el que estaba destinado. Me parecía que esto coartaba el uso imaginativo del material por parte del niño. Pero mi tratamiento de niños autistas [...] me ha convencido de que ellos son distintos de otros niños. Necesitan que los alentemos a usar los objetos con ánimo a su función realista compartida, y no a su modo idiosincrásico, dominado por sensaciones.

Cuando propongo hacer música sobre las estereotipias motoras que está realizando un niño con autismo hablo de esto justamente, de darle un sentido al uso del objeto, ayudarlo para que pueda transformarlo en fuente sonora, con intención expresivo-creativa... considero que esta actitud lo favorece en el establecimiento de la flexibilidad de su pensamiento. La música establece espacialidad y temporalidad: jugando con él rítmicamente en un principio y dando luego una intención melódica a sus ritmos, brindamos seguridad y la posibilidad de encontrar en el musicoterapeuta un interlocutor válido, que también puede ofrecerle un apoyo emocional desde la estructura armónica. Somos desafiados, en la interacción sonoro-córporeo-musical en una búsqueda permanente de recursos comunicacionales y en consecuencia, a desarrollar al máximo nuestra capacidad creadora. Cuando hablo de recursos me imagino la paleta de un pintor, la combinación infinita de matices, tonos, brillos, luces transparencias, opacidades, texturas, en fin, colores, que es posible obtener a partir simplemente de tres tonos... y me pregunto: ¿por qué a los musicoterapeutas se nos ocurre que debemos contar con melodías o ritmos ya establecidos para improvisar y jugar sonoramente con un niño? Matemáticamente la combinación de tres es mucho menor que la de cinco, en el caso que nos centremos en una escala pentatónica, y ni qué hablar de la combinación de doce en una dodecafónica o simplemente de siete tonos y sus respectivos semitonos en una escala diatónica normal y corriente si, además, le agregamos la posibilidad de

³ KATS *Psicología de las edades*

ser mayor o menor y de poder jugar con transportes armónicos y, y... También podemos lograr color, brillo textura, transparencia, opacidad, ya que contamos, además, con la infinidad de materias sonoras a nuestro alcance (papel, madera, metal, cuerdas, plásticos en placas, en botellas de diferentes grosores y texturas...) es tan inmenso el universo sonoro que es imposible describirlo, y así de inmensa es la vivencia sonora de nuestros pacientes (y por supuesto la nuestra ya que no estamos exentos de ello).

Es difícil establecer constantes de respuestas relacionadas con determinados estímulos sonoros, sin embargo, conociendo a fondo a cada niño podemos inferir que ciertas pautas pueden ser generales y son aquellas que se refieren a intensidad del sonido y altura. Sin embargo, estas pautas no pueden ser generalizadas si el niño no está en una situación de juego altamente confortable, en la cual no necesite desplegar sus conductas defensivas debido a alguna pequeña señal de posible inseguridad. No es extraño encontrar niños que tapan sus oídos defendiéndose del “habla” y sin embargo luego, es posible descubrirlos apoyados en altavoces de un equipo de sonido a máxima intensidad.

Gonzalo era un púber de doce años, hablaba repitiendo frases hechas, algunas “fabricadas” por su familia, algunas producto de sus múltiples y diferentes abordajes terapéuticos, tenía un muy bajo nivel de frustración: apenas se le corregía alguna actitud o acción respondía repitiendo varias veces: —Soy un chico muy inteligente, soy un chico muy inteligente... Para que no llevara permanentemente tapadas sus orejas con las manos, hubo quien “recetó” colocarle protectores auditivos de tipo industrial, compuestos por una aislación de goma-pluma que le tapaban las dos orejas. Se había diagnosticado que Gonzalo escuchaba ruido blanco, según la evaluación realizada por el método de Dellacatto y debido a ello no podía soportar los sonidos del medio ambiente.

Según esta teoría aplicada por el matrimonio Barbosa en su investigación y metodología para trabajar con niños autistas, el NA tiene serias alteraciones en las percepciones sensoriales que son pasibles de calificarse en una escala según las reacciones del niño.

Al llegar a la institución “evalué” a Gonzalo con mis métodos habituales: le ofrecí toda la gama instrumental para que la utilizara a su gusto, con la condición de que se quitara el protector auditivo. El niño no opuso resistencia, y comenzó a investigar el sonido de cada instrumento. Inició su búsqueda, curiosamente por el sistro, cuyo sonido era muy penetrante y algo desafinado; en nuestras instituciones no siempre encontramos instrumentos de excelente calidad, y menos aún, si al cabo de un tiempo de “mal” uso, pretendemos que tengan las mismas propiedades sonoras que cuando eran nuevos. En este caso las placas de metal estaban rayadas y golpeadas, produciéndose un destemple del material.

Cuando hablo de “mal uso” lo digo con ironía, me refiero al uso normal que le pueden dar niños que no controlan sus golpes, ya que necesitan, por momentos, realizar descargas motoras. El niño no manifestó ninguna señal de molestia auditiva, ni siquiera frunciendo su ceño, esto me llamó la atención y pasé a ofrecerle el teclado electrónico, conectándole el máximo de volumen (aproximadamente 80db) en frecuencias agudas mayores a los 2.000hz y aún agregando timbres reverberantes y oscilantes, tampoco se sorprendía si añadía el toque de algún otro instrumento... Gonzalo estaba feliz, hablaba en forma calmada y sin frases hechas. Comencé a observar, fuera de la sesión de Musicoterapia a este niño, a quien obviamente no eran las cualidades ni los parámetros del sonido lo que lo alteraban, sino el contenido y sentido de las situaciones donde se producían los sonidos, especialmente el del habla. En el teclado, Gonzalo podía prever lo que iba a suceder porque sería lo que él decidiera sobre el tratamiento de los sonidos.

En la situación de Gonzalo se manifestaba con gran claridad la imposibilidad de comprender el lenguaje, y era evidente que se sentía amenazado por esa lluvia de sonidos hablados que le producían “ruido blanco” como si fueran un cluster incomprensible. Pero no era dificultad de

percepción sonora, ni imposibilidad de recepción al nivel central, era su dificultad anticipatoria lo que lo aturdiría y de allí su bajo nivel de frustración, porque era incapaz de prever lo que iba a pasar, y nadie le facilitaba esta situación. Desde una perspectiva cognitiva, la ansiosa exigencia de un mundo sin cambios, remite inmediatamente a la idea que existen anomalías y limitaciones en los procesos de anticipación o más en general de formación de esquemas o uso de ellos... los esquemas... cumplen un papel decisivo en las capacidades humanas de “integrar información diversa del mundo”. Un mundo sin esquemas es un caos fragmentario, en que las realidades que no se acomodan miméticamente a lo ya sucedido son terroríficas novedades, cognitivamente incomprensibles y emocionalmente inaceptables.⁷

Gonzalo posiblemente esté viviendo en Estados Unidos, sus padres continuaron buscando nuevos tratamientos que pudieran ayudar a su hijo a comunicarse de otra manera con el mundo...

Para el musicoterapeuta poder situarse en la escucha del niño, implica anticipar reacciones de aislamiento, abarcando lo que suena dentro y fuera del consultorio; es una escucha que intenta dominar el tiempo y el espacio, ya que hay ocasiones que en la calle o en la sala de espera, o en otra habitación de la casa suceden escenas que invaden el contexto y modifican la escena que se actúa con el niño.

Susy era una niña que con un desarrollo aparentemente normal hasta los cuatro años, sufrió un gran retroceso neurológico tras una intervención quirúrgica. Cuando llegó a nuestra institución la niña movía en forma permanente su cabeza oscilando de izquierda a derecha, padecía cuadriplejía; emitía un sonido similar a un quejido de manera casi permanente. Como si sus cuerdas vocales, total-mente autónomas se dejaran columpiar por el aire que pasaba hacia sus pulmones del interior al exterior, del exterior al interior... Parecía no poder dominar sus manos, las cuales volaban libres delante de su rostro, sin rumbo fijo o bien estaban rígidas sin ningún tipo de movilidad. Parecía una tarea improbable entablar comunicación con la niña. Sus padres sufrían retraso intelectual, lo que dificultaba aún más la posibilidad de recabar datos claros acerca de la anamnesis. El movimiento permanente de la cabeza le impedía fijar la mirada en un punto, situación que se agravaba en estados de mayor ansiedad o temor. Su cabeza oscilaba en el doble de frecuencia que el sonido más pausado que emanaba de su laringe. La sesión se centraba en cantarle canciones improvisadas para ella con su nombre y haciendo referencia al movimiento de su cabeza, buscar la serenidad de la niña. El ritmo de la canción solía ser de tres tiempos o un compuesto de seis por ocho, incorporando el vaivén típico del balanceo.

Poco a poco fue admitiendo los sonidos de diferentes instrumentos, sin aumentar su tono muscular, llegando a sostener en su mano derecha por reflejo de prensión una maraca, o algún sonajero al que muy quedamente golpeaba con la izquierda.

Nuevos planteos para discutir en el equipo profesional:

- ¿Reflejo de prensión o prensión voluntaria?
- ¿Cese de la desconexión, conexión errática, aleatoria?
- ¿Estados de conciencia?
- ¿Objeto de placer?

Para H. Wallon:

La idónea apropiación del acto, normalmente mira más a una totalidad que a una determinada circunstancia y, sobre todo, depende del significado propio que le viene dado por la aproximación de los términos cualesquiera y que equivale a la comprensión de las relaciones.

Para Leontiev, la teoría de los reflejos condicionales no se basa en un simple cambio de estímulos. El acto motor no se determina exclusivamente por los simples efectos inmediatos de la situación externa.⁸

Se tendía entre la musicoterapeuta y la niña un hilo invisible, Susy dejaba de mover su cabeza y avanzando en el tratamiento llegó a sonreír. Sus cuerdas vocales dejaron de sonar, a menos que en algún momento hubiera una rudimentaria intención de acompañarme en el canto, pero en general callaba para poder escuchar. Así como era capaz de no sobresaltarse por el sonido del platillo o por algún tambor, de pronto escuchaba a su madre en la sala de espera, tras la puerta y se rompía el encantamiento con un “estruendoso” reflejo de Moro.

El niño tiene para expresarse una extensa actividad motriz, gutural y esfinteriana que utiliza con la misma habilidad que esos movimientos de cabeza; entre el período de balbuceo y el del lenguaje propiamente dicho existe un período completo de comunicación que puede tener carácter de satisfacción e incluso de consentimiento (a través de una cierta monotonía gutural o a través de ciertos tipos de balanceo) o por el contrario carácter de negación (con gestos de encogimiento o de rebelión).⁹

Después de seis meses de tratamiento individual se integró en la sesión de terapia conjunta con la fonoaudióloga, para la atención de su hermanito, un año menor que Susy, el niño era parálítico cerebral, con un diagnóstico muy difuso acerca de su etiología. Este trabajo con pareja filial y pareja terapéutica nunca lo habíamos realizado, pero imperaba la situación familiar totalmente atípica y consideramos que una mejor comunicación entre los hermanos podía favorecerlos en su desarrollo. Miguel respiraba por la boca, realizando un sonido que muchas veces parecía un contrapunto en respuesta al quejido de su hermana, el niño mantenía un estado de lucidez importante, lo que favoreció su aprendizaje de hábitos respiratorios, y de relajación, logrando emitir sonidos entonados. Posiblemente el clima de calma logrado con su hermana se transmitía al niño, el cual respondía también en forma más serena, pudiendo controlar por momentos su propio tono muscular... Sin embargo escuchar la voz de su madre desde fuera de la habitación, lo llevaba a replegarse sobre sí mismo, en posición fetal. El contrapunto entonces se hacía más rítmico y vital: contracción en el niño, apertura en la niña, quejido contra gemido, y un clima de tensión emocional. El tratamiento de estos hermanitos se mantuvo durante dos años en la institución hasta que ingresaron en una escuela para parálíticos cerebrales que resolvía la alimentación y el transporte de los niños.

El reflejo de Moro tanto como el reflejo parpebral, son algunos de los reflejos arcaicos que se presentan aún en el feto y el bebé los conserva hasta los tres meses de edad. Su función es de protección y supervivencia, ya que en el Moro se aumenta la base de sustentación, y se abren los miembros superiores e inferiores como para aferrarse y no caer; mientras que en el parpebral se cierran los ojos, defendiendo la visión.

Aún de adultos los conservamos aunque algo enmascarados: es el movimiento corporal involuntario que ejercemos ante un sobresalto general-mente auditivo o luminoso. Cuando trabajamos con niños con dificultades en su tono muscular debemos estimular este reflejo, a través del juego sonoro, para llegar a su anulación voluntaria; en el tratamiento con niños con parálisis cerebral en los que la distonía, es mayor, el frecuentar golpes sorpresivos en platillos, tambores, o situaciones sonoras estrepitosas, los favorece en el dominio de sus reacciones ante las variaciones tímbricas o de intensidad en la vida cotidiana. La musicalidad que le demos a estos “estímulos” dependerá del juego que realicemos con los timbres, con nuestros gestos faciales, nuestra voz, nuestros ademanes y calderones... No se trata de que los niños se asusten, sino de que incorporen esa sensación previa al acto reflejo como una parte más del juego.

En el trabajo con niños con autismo, por otra parte, les ayuda a entender situaciones sorpresivas, que alteran de alguna manera sus esquemas de vida, colaboramos de esta forma en la flexibilidad de su pensamiento y en la adquisición del sentido del humor. Era imposible desde lo institucional, aislar el consultorio, las posibilidades económicas de muchas instituciones generalmente no alcanzan para construcciones perfectas, priorizándose la urgencia en la atención, y en los materiales más que en el edificio. Considero que a veces también es parte de la terapia el poder “catabolizar” lo que sucede en el entorno, siendo útil tanto para el terapeuta como para el paciente lograr aislar desde lo consciente, los estímulos que no pertenecen a la relación vincular pero que

sin embargo la enmarcan y la sostienen. Esta situación suele ser crítica en la práctica hospitalaria donde sólo existen pequeños consultorios, en los cuales es materialmente imposible desarrollar nuestra tarea. Al musicoterapeuta, entonces, se lo puede encontrar en el fondo de alguna galería (resonancias mediante) o en el mejor de los casos, como sucedió en la pasantía realizada en un hospital de niños: en un gran gimnasio compartido por dos kinesiólogos trabajando en forma simultánea con un bronco-aspirador, y niños llorando.

No obstante, ya fuera por la “magia” de los instrumentos o la empatía lograda con los pequeños pacientes y con sus padres, la relación seguía siendo de a dos en nuestra colchoneta, sin interferir en el diálogo sonromusical, ni el motor monótono y punzante del bronco-aspirador, ni los llantos angustiados de los otros niños.

Cacho fue derivado a Musicoterapia en el hospital, desde el Servicio de Neurología, con incipientes signos de desconexión. Tenía ocho meses y hacía dos que había sufrido una meningitis y todavía no se conocían las secuelas que podía presentar. Desde el alta de la meningitis se lo trataba con estimulación temprana en Kinesiología.

Si me colocara en una postura escolástica podríamos inferir que es imposible “conectar” a un niño en un ambiente como aquél. Sin embargo, el proceso se produjo. Cacho, a las tres semanas de tratamiento comenzó a tener crisis hipsarrítmicas y desarrollar un Síndrome de West secundario. Era una de las secuelas que se temía dejaría la meningitis, y de allí ese aspecto inicial de desconexión que había comenzado a presentar el niño.

El Síndrome de West, también correspondió al contenido que antiguamente formaba parte de la gran bolsa del autismo. El niño afectado con este síndrome convulsiona de forma muy frecuente, sin embargo, sus convulsiones pasaban desapercibidas por ser muy cortas y frecuentes, motrizmente aparecen como una contracción abdominal, apertura de brazos o cabezazos, en serie de hasta 50, en una gran cantidad de episodios diarios. Antiguamente se confundían estas convulsiones con aleteos o estereotipias motrices. Cada descarga hipsarrítmica en la corteza cerebral, produce un serio daño neuronal que, naturalmente, conlleva desconexión con el medio. Actualmente, en la mayoría de los niños afectados las crisis se controlan con anticonvulsivante.

A Cacho parecía no importarle la presencia de los otros niños en aquella sala enorme y repleta de estímulos auditivos y visuales (personas mayores, algunos vestidos de blanco, niños en sillas de rueda o intentando desplazarse entre las paralelas, bebés berreando en brazos de sus madres o en el bronco aspirador...). Estaba pendiente de los juegos sonoros que le proponía en el metalofón, o del sonido de la flauta, a veces miraba a su madre, con una mirada transparente, propia del cuadro de desconexión. En un mes cedieron las convulsiones. Su madre participaba activamente de las sesiones, creando sus propias canciones y recursos para llamar la atención del crío. En seis meses, coadyuvado por la medicación específica y la estimulación comenzó a “distraerse” con lo que pasaba en el gimnasio, parecía que de pronto se percató que había otros niños, que su kinesiólogo seguía estando en ese ambiente, que sólo había pasado de una camilla a una colchoneta, por fin se conectó con el entorno, pudo volver a sonreír y jugar.

El juego es un modo de relación con el adulto, con el que (el niño) no sólo expresa sus posibilidades de oponerse a su dependencia, sino incluso las de adquirir una relativa autonomía, también puede ser el símbolo o la expresión de relaciones positivas: puede constituir una de las relaciones más válidas y constructivas con el adulto.¹⁰

Es importante destacar que el retroceso de las convulsiones le permitió a Cacho un desarrollo casi equiparable a parámetros normales. Su respuesta fue altamente favorable, y su retraso psicomotriz fue de pocos meses.

Victoria llegó a la institución con poco menos de dos años... era sorda profunda. Su mirada vivaz y curiosa, expresaba con sus ojos todo lo que no podía expresar con sus balbuceos. Tenía una relación muy estrecha con su madre, y con su padre un poco más distante pero, demostraba también mucho acercamiento. Su padre solía retirarla del establecimiento llevándosela en su moto. A Victoria le atraían todos los instrumentos en los que podía sentir claramente la vibración del aire o del cuerpo del instrumento. Sin embargo estaba también atenta en la sala de espera, a esa puerta que, para nosotros era simplemente una vieja puerta de madera, pintada de blanco, para ella era una membrana de resonancia. Se acercaba a la puerta cada vez que escuchaba a su madre conversar en la otra habitación. Al observar esta conducta de la niña, para constatarla, un día le pedí a su mamá que le cantara algo desde el otro lado mientras yo jugaba con ella también cantando y tocando la guitarra. Por supuesto que Victoria dejó de jugar conmigo y se acercó a la puerta y me la señalaba cerrando la boca como para decir “mam”.

A medida que nuestra corteza se desarrolla intercepta con eficacia la información entrante, la somete a una implacable división en diferentes categorías sensoriales. De lo que tenemos conciencia es del proceso de selección, más que de la percepción holística subyacente. El reconocimiento de objetos o situaciones se realiza de forma instantánea, se produce por la entrada de varias corrientes paralelas de información que pasan al sistema límbico. Allí los módulos registran el contenido emocional de la información. Ocurre tan deprisa que el cerebro inconsciente se da cuenta que ha reconocido algo, antes que el cerebro consciente haya podido decir qué es. Esta forma de reconocimiento consciente que se produce a lo largo de la vía que va desde el área sensorial apropiada al área de asociación con la cual linda, no se extiende en la conciencia, en el mejor de los casos se hace sentir como una sensación vaga. Los diferentes sistemas perceptivos están interrelacionados entre sí, de allí que cuando uno falla, otro puede suplirlo con el entrenamiento necesario. Es casi una verdad de perogrullo deducir que desde la Musicoterapia trabajamos con el sistema háptico de las personas, aún las videntes. Las fuentes sonoras pueden ser percibidas por su vibración.

Por lo tanto algunos de los objetivos que tenemos presentes:

- Capacidad de captar las vibraciones, la que utilizamos cotidianamente los musicoterapeutas.
- Descubrimiento o reconocimiento del espacio a partir del desplazamiento de la fuente.
- Relación de altura sonora con tamaño de instrumento.
- Relación de duración con duración vibracional. Relación de secuencias rítmico-temporales con la aparición y desaparición de fuentes, etc., situaciones todas en las que de alguna manera participa el sistema háptico, sobre todo en aquellas personas seriamente perturbadas a nivel sensorial o mental.

Los potenciales evocados de Victoria daban por resultado sordera profunda binaural. Sin embargo, esta niña había desarrollado una “audición” particular, propia de las personas sordas, capaces de discriminar y decodificar como sonido la percepción de determinadas vibraciones recibidas como estímulo táctil. Más evidente aún resultaba el reconocimiento de la llegada de su padre en una moto a la institución, pero allí podríamos inferir que la vibración era mucho más fuerte, así como el interés de viajar luego en la moto junto con su padre. Comenzó a asistir al Nivel Inicial de la escuela para discapacitados auditivos, allí se inició en el aprendizaje del lenguaje de signos y lectura de labios, sin embargo, sus padres buscaron todos los medios posibles para que su niña fuera implantada. Ese implante se logró alrededor de los cinco años de Victoria, y para la niña fue comenzar de nuevo. En esa época retomó el tratamiento en la institución, al reencontrarme con ella descubrí que todas aquellas vivencias discriminatorias y perceptuales que tenía cuando pequeña, estaban prácticamente olvidadas...hubo que comenzar de cero redescubriendo en el cuerpo las vibraciones de los objetos y los sonidos en general. Como todo niño o persona

implantada también tuvo que aprender a “oír” con sus “oídos” tardando casi dos años en poder articular palabras relativamente inteligibles para un interlocutor...

Retomando el tema del gabinete de Musicoterapia es muy cierto que los musicoterapeutas no “debiéramos” trabajar en cualquier sitio. Pero como musicoterapeuta itinerante, también sé que si no aceptamos “cualquier sitio”, no trabajamos. Es otra paradoja del sistema y de nuestra profesión todavía poco reglamentada. Espero que las futuras generaciones se ocupen con mayor énfasis de este “problemilla”.

Resonando

Aire, luz energía...
Música de piel, música de entrañas,
Sonido.
Aire, tibieza, energía...
Círculos vibrantes, círculos de luz,
Sonido, sonando...
Aire, paz, energía...
Ruedas de conciencia, ruedas de calor.
Sonido, sonar, resonando.
Cantando, resonando entrañas, resonando
Piel, resonando
Cuerpos, resonando
Sonido, resonando.

Mendoza, 1999

Ahora por fin escribo un himno sobre el gozo de hablar un himno
para mudos autistas y para ser cantado en asilos y casas de locos
pías de biellos son los instrumentos canto este himno desde las
profundidades del infierno y hago un llamamiento a todos los
mudos de este mundo haced del canto vuestro himno

SELLIN, Birger.
Quiero dejar de ser un dentro de mí

CAPÍTULO V ¿Comunicación?

Efraín llegó a la institución con cuatro años, ya había incursionado de forma infructuosa por la escuela de disminuidos auditivos de la localidad donde vivía. Había sido rechazado en el Nivel Inicial (Jardín de Infantes de aquella época) debido a presentar conductas autísticas. El niño parecía ser muy afectuoso aunque evadía la mirada y prefería mirar su mano en lugar de intentar una comunicación directa con las personas. Se diagnosticó su hipoacusia porque se le realizaron potenciales auditivos con resultados negativos.

Por entonces se estrenaba en la Institución el gabinete de Musicoterapia, a pesar de los bajos recursos económicos se accedió a invertir en él, lo mínimo indispensable para un buen desarrollo de la tarea. El gabinete fue equipado con un tambor redoblante, un platillo con su pie, guitarra, teclado electrónico de baja complejidad, un radio grabador con micrófono incorporado, una

pequeña kalimba, un xilófono de dos octavas, un pequeño sistro (metalófono), una pandereta de 30 cm de diámetro, un cascabelero de sonido muy agudo, dos flautas dulces y material sonoro de cotillón (de entrechoque, frotación y aerófonos). Además, se construyó una tarima de madera de 1,80 x 1,80 x 0,20 m, especialmente pensada para la estimulación sensorial de niños como Efraín y otros que fueron ingresando.

Poco a poco Efraín se fue “conectando” con el medio, a partir de juegos sonoros, de vibración y resonancia sobre aquella tarima, además de la utilización de globos y piñatas que harían de membrana amplificadora para transmitirle estímulos sonoros desde el habla o desde objetos. Aprendió a reconocer la música que sonaba en el grabador y solía marcar el pulso con su mano sobre el tambor o sobre el escritorio. Fue equipado con audífonos, pero los utilizaba de forma discontinua. Cada año sus padres intentaban hacerlo ingresar en una u otra escuela para disminuidos auditivos, siempre era rechazado. A los seis años mantenía el contacto ocular con su interlocutor, además de pedir cosas que deseaba mediante gestos, pero debido a su gran tamaño y dificultades de comunicación, solía agredir a niños más pequeños. Sin embargo, las estereotipias fueron casi dejadas de lado, prefería utilizar conductas interlocutivas para expresar lo que quería y desafiaba permanentemente a los terapeutas provocando límites que él, sin lugar a dudas, anticipaba. También solía emitir sonidos de franca impotencia al no ser entendido. Debido a que no era aceptado en las instituciones de educación para hipoacúsicos, comenzó a recibir clases particulares con una profesora para Trastornos del Lenguaje e Hipoacusia. Logró aprender numerosas señas que aún utiliza, fundamentalmente, en la relación con su madre y terapeutas... Desde pequeño resolvía puzzles complejos y loterías donde debía relacionar colores, formas, figuras, secuencias temporales, etc.

Estoy completamente segura, aunque no puedo demostrarlo “científicamente”, que el trabajo inicial de discriminación táctil de sonidos que se realizó con Efraín y que lo ayudó a salir de su encierro, colaboró en su conexión y en la posibilidad de establecer nuevos vínculos personales. Por supuesto que al tiempo de comenzar con el tratamiento en Musicoterapia se incorporó Fonoaudiología y Psicología para la pareja parental. Creo fehacientemente que un abordaje exclusivo no es óptimo, deben existir equipos interdisciplinarios con intervención de varias especialidades, que pueden aportar visiones diferentes y enriquecedoras, siempre que no sean competitivas y sí competentes, para ayudar a la persona a realizar el máximo de su rendimiento. Con Efraín no está dicha aún la última palabra, su obesidad le impide movimientos, sin embargo, no sabemos cuánto más puede haber en él para sacar a la luz... Aquella tarima de madera, quizás antiestética en aquel consultorio multifacético, fue utilizada también con otro niño sordo y autista.

Las dificultades de Fabio eran diferentes a las de Efraín, sin embargo, eran otra cara de la misma moneda. Con historias familiares muy diferentes, podríamos decir que su historia de discriminación social era la misma. Rechazado también en la escuela para disminuidos auditivos por sus conductas autísticas. Fabio disfrutaba sonriente y tranquilo, sin chupetear ni mordisquear ningún objeto cuando “escuchaba” tocar a Luis Armstrong o música de jazz en general. Su padre era músico y participaba en un conjunto en la época en que su madre estaba embarazada. De acuerdo con mis observaciones, su resto auditivo respondía a una franja aguda, donde el sonido de la flauta, o grabaciones de trompeta podían ser escuchadas por el niño sin mayor dificultad, aún cuando se sacara el audífono con el que había sido equipado.

Como musicoterapeutas tendremos siempre en cuenta el espectro de frecuencias conservadas en la audición de nuestro paciente, ya que la diversidad de timbres y alturas que nos brindan los instrumentos musicales, ayudará en la mejor comunicación con la persona hipoacúsica con la que

trabajemos. Sería interesante que cada musicoterapeuta conociera además, la ubicación de la altura de todos los instrumentos con los que trabaja, aunque sea difícil establecer con exactitud este parámetro en instrumentos no atemperados, sin embargo, contando con un audiómetro puede encontrar esa tabulación al menos de manera aproximada. A veces la impotencia como terapeutas nos subleva y la disfrazamos de omnipotencia, sin entender que la sociedad por autodefensa crea barreras que mantienen el statu quo. Por diversas circunstancias en el caso de Fabio se mantuvo ese statu quo de forma casi irreversible. La omnipotencia del terapeuta no es positiva, ya que si algo falla será incapaz de poder visualizar todas las variables que inciden en una situación. No hay que perder de vista que se trabaja con seres humanos, hijos de seres humanos, nietos de seres humanos y en el mejor de los casos la relación de los terapeutas con ese niño, a veces, se reduce a solamente una hora semanal.

Seguramente he sufrido omnipotencia: el sentimiento de que nosotros solos sacaremos adelante a una persona, como si fuéramos los dueños de su futuro y de su “adelante” y todo dependiera de nuestro accionar.

Premisas fundamentales para la relación con el cliente:
Extractado de *El proceso de convertirse en persona* de Carl Rogers:

Condiciones que debe reunir el terapeuta:

- Coherencia
- Convicción
- Expresividad
- Respeto positivo e incondicional
- Independencia
- Comprensión empática
- Adaptabilidad
- Libertad.

Sin embargo, me pregunto:

- ¿Quiénes están preparados para trabajar con niños autistas?
- ¿Los terapeutas del lenguaje?
- ¿Los padres?
- ¿Los abuelos?
- ¿Las instituciones para autistas?
- ¿Las instituciones para patologías múltiples?
- ¿Lo estamos los terapeutas, de una u otra profesión, que nos sentimos atraídos por “*la abismohacedordeinquietud*” [según Birger Sellin en sus vivencias] de esos niños “volcánicos y ausentes”?¹²

¿Podemos ponernos realmente en el lugar de ese paciente que tenemos delante? ¿Podemos sentir qué siente cuando grita, cuando aletea, cuando se muerde, cuando cuelga de cabeza desde una mesa, cuando acerca su mano levemente a un cuerpo en vibración o cuando juega con el límite de su sensibilidad térmica? Pero ¿nos preguntamos también qué siente cuando se lo acribilla con consignas, con matices de lenguaje y de mirada, con variedad infinita de emisiones vocales y con variedad infinita de miradas incompresibles? Existen en el mundo cada vez más terapeutas y docentes capaces de ofrecer formas diferentes de comunicación, que poco a poco nos irán develando los misterios de puño y letra de los mismos autistas, representantes genuinos y legales de todos aquellos que fueron víctimas, con nombre y apellido, de nuestros velos y también, sin saberlo, responsables de nuestros des-velos.

Casi comienzo a escribir
pero no pude
Fue el campo, el sueño, el tren
la gente, su olor, su vida.
Casi comienzo a escribir
pero no pude
Tuvo calor mi cuerpo
me invadió la vida.
Así. De repente,
se llenó la guitarra de sonidos
Casi comienzo a escribir pero no pude:
Canté

Ferrocarril General San Martín, 1973

[...] la quinta de trompas era aleteada en tresillos por los segundos violines y los violoncelos; pintáronse dos notas en descenso, como caídas de los arcos primeros y de las violas, con un desgano que pronto se hizo angustia, apremio de huida, ante una fuerza de súbito desatada.

*CARPENTIER, Alejo.
Los pasos perdidos*

CAPÍTULO VI Música... ¿Cuál música?

LOS MUSICOTERAPEUTAS SOMOS MÚSICOS

Creo que es muy importante aclararlo. Entonces no nos preguntemos ¿para qué puede servirle a un Musicoterapeuta poder traducir o transcribir en notación musical los mensajes sonoros de los pacientes? ¿Qué significa ser músico para un musicoterapeuta?... Desde ya que no es haber hecho una carrera superior de música, pero sí tener la aptitud de improvisar o producir música de forma espontánea, la teoría y la técnica correctas podrán llegar después... algunos musicoterapeutas son instrumentistas o profesores de música, pero esto no es una condición sine qua non para ser un profesional de la Musicoterapia. En realidad considero a los musicoterapeutas “una extraña mezcla de Museta y de Mimi”.¹³

En realidad si vamos al significado de la palabra:

MEZCLA: juntar, unir, incorporar una cosa con otra, confundiéndolas [insisto en que los musicoterapeutas somos una noble mezcla de músico con terapeuta y no perdemos la composición química de ninguna de las dos sustancias].

MÚSICO: persona que ejerce, profesa, o sabe el arte de la música (que es el arte de combinar los sonidos de la voz humana o de los instrumentos, o de unos y otros a la vez de suerte que produzcan deleite, conmoviendo la sensibilidad),¹⁴
[Cabe aclarar que según los músicos de orquesta, música era el arte de combinar los horarios...].

TERAPEUTA: persona que ejerce la terapia, es decir, la cura o métodos de cura.

CURAR: sanar las dolencias o pasiones del alma. Remediar un mal [Cura en la Mitología Romana era la Diosa de la Inquietud, que modeló un hombre de arcilla y pidió a Júpiter que le diera el soplo de la vida].

Planteadas así las cosas “profesamos” la música y “profesionamos” la terapia. Parece muy paradójico que aún a mis veinticinco años de profesar mi profesión tenga necesidad de explicar en qué consiste, cuál es su genuinidad, de dónde surgimos, qué es lo que hacemos y para qué. En la conjunción compleja y profunda que se da en la figura del musicoterapeuta encontramos la empatía y resonancia en el otro, a partir de la música como instrumento para la cura, entendiendo por cura el lograr cambios en aquellos aspectos que perturban al sujeto, aislándolo o enfrentándolo con su realidad. Brindándole realmente el soplo de vida o ayudándole a re-oxigenar su vida, a re-animar, a re-formular, a re-conocer, a re-aceptar en el aceptarse, contemporizarse en su propia contemporaneidad, a delimitar su espacio y su tiempo.

Vuelvo a la lectura de Carl Rogers y agrego desde otra visión las palabras de Rivière:

[...] todo ello nos conduce a un principio esencial a tener en cuenta en el tratamiento de espectro autista: la creación de una relación vincular, de una interacción terapéutica positiva, es un requisito indispensable, aunque no una condición suficiente para el desarrollo de las capacidades funcionales de las personas autistas.

No se trata de lograr solamente adaptaciones, ya que podría “sonar” el “curar” como adaptar o readaptar al individuo a su medio, de la misma manera que con métodos netamente conductistas se busca adiestrar para quizás tocar, en un ritmo externo y predeterminado, un tambor. Personalmente, mi apetencia por los sonidos tiene que ver con vivencias muy tempranas, me impresionaba el canto de las ranas en las noches de verano, me herían auditivamente los ladridos agudos de perros pequeños o la expresión de grito permanente que se veía en *La pequeña Lulú*, historieta que no podía leer porque me aturdí.

Supongo que la presencia de las emisiones de Radio Nacional, aún en la madrugada, mientras dormía, han ido forjando un hemisferio derecho, eminentemente musical, receptivo y sensible a cualquier cambio vibracional del ambiente. Como ya mencioné en el prólogo, me gustaba jugar con los pedales del piano, a los que apenas alcanzaba con las puntas de los pies, y soltarlos, en diferentes ritmos, creando extrañas resonancias rezongantes en aquel Steinway, que sonreía con sus dientes amarillentos agradeciendo que lo sacudiera de su quietud. También me apasionaba la armonía de segundas y terceras que se creaba cuando la Orquesta Estable del Teatro Colón (Buenos Aires) afiataba sus instrumentos. Una disonancia de múltiples timbres que me invadía por los poros, llevándome a una exquisita tensión de la que relajaría con el “440” no deseado. Siempre preferí las disonancias, las síncopas, los contrarritmos y contratiempos (en todas sus acepciones), aún con mi formación clasicista y barroca entre los terciopelos del Colón, no dejo de vibrar corporal y mentalmente con Penderecky, Norbre o algunas obras electroacústicas, así como con la música perteneciente al folklore auténtico de cualquier pueblo. Quizás, éste sea el motor para poder escuchar sin tapujos (ni protectores auditivos) las producciones sonoro-musicales de mis pacientes. Entiendo que al posibilitar la expresión, sólo por el hecho de escucharse a sí mismo

desde la producción musical, se logran los cambios profundos, desde adentro del sujeto solitario hacia un afuera compartido.

Aldo era un púber con serios trastornos del lenguaje. Había asistido toda su niñez a una escuela común, pero a las maestras, que lo habían dejado pasar cada año por “lástima”, se les planteaba la situación límite de no poder dejarlo aprobar el penúltimo año de la escuela primaria, ya que el muchacho no había adquirido la lecto-escritura, y tampoco nociones básicas de los contenidos especificados como reglamentarios en el curriculum escolar. Había recibido tratamiento fonoaudiológico, pero su madre decidió consultar en nuestro Instituto.

Se lo evaluó en todas las áreas y se acordó que recibiría tratamiento de Musicoterapia y Fonoaudiología, su motricidad era muy buena; desde Psicología se trabajaría con su madre. En la evaluación que realicé, encontré que Aldo no podía imitar un ritmo dado, sin embargo, una vez que tomó confianza con la situación, comenzó a improvisar complejos ritmos binarios y ternarios con el redoblante. Utilizaba las baquetas con soltura, como si toda su infancia se hubiera dedicado a tocar el redoblante en una banda militar. Por supuesto que era la primera vez que se “topaba” con uno. Además que, en su familia, eran mal vistas las actividades de las murgas, grupos juveniles que renacían como “chépica” en las plazas de los barrios. Todo el año que duró el tratamiento lo dedicamos a eso: A tocar el tambor. Grabábamos la sesión y entonces Aldo decidía cuándo escucharse y cuándo seguir tocando. Lo acompañaba muchas veces con la flauta, era tal la regularidad de su redoble, que me incentivaba a realizar dianas fluctuantes y rítmicas. No podía acompañarlo con la guitarra o el teclado, porque la intensidad de su toque era tan fuerte que se acoplaban los sonidos de los otros instrumentos. Al mantenerse la flauta en un registro agudo, era posible escucharla. Aldo fue fortaleciendo su autoestima. En Fonoaudiología tuvo notables avances en comprensión de situaciones y estructuración del pensamiento. Descubrimos también que era un excelente dibujante. El niño lograba por medios expresivos no verbales crear situaciones sonoras o gráficas de gran profundidad. Finalmente ese año lo repitió en la escuela pero con grandes cambios en su personalidad, siendo mejor aceptado por sus docentes y por el grupo de pares. Y, principalmente, siendo aceptado por “sí mismo”.

Podemos demostrar, los musicoterapeutas con hechos concretos, que los pacientes hacen mucho más que “pasársela bien” en una sesión de Musicoterapia; sin embargo, como no trabajamos con material esterilizado, ni podemos aplicar mapeos cerebrales computarizados en el momento de la sesión, son muy difíciles de visualizar los cambios que se van produciendo en el organismo y en la mente del paciente. Este proceso lejos de ser corto en el tiempo, genera una serie de pequeños cambios, que son a veces imperceptibles desde afuera. Esta necesidad de justificarnos permanentemente, surge de la dificultad para ser reconocidos y solicitados en los equipos de salud (por lo menos en los países en los que me he movido). Es posible que en otros países como los sajones, por ejemplo, esto sea diferente. Por supuesto que existen beneficiosas excepciones a la regla, a veces es posible encontrar médicos que creen en la efectividad de nuestros tratamientos.

Igor llegó al Instituto derivado desde el Servicio de Neurología del Hospital de Niños de la Provincia, tenía seis meses y estaba en controles permanentes, porque se le había colocado una válvula de drenaje de líquido céfaloraquídeo al poco tiempo de nacer, por presentar hidrocefalia. Era atendido desde Kinesiología en estimulación temprana, su desarrollo era relativamente normal, sin embargo, la kinesióloga comenzó a observar ciertos rasgos de desconexión en el niño que la alarmaron y pidió una evaluación desde Musicoterapia, el niño respondía bien a los estímulos sonoros, pero había “algo” en su mirada

(¿cómo describir algo tan humano o tan deshumanizado como un matiz en la mirada?). Era una variación ínfima en la direccionalidad, en el brillo, en la comprensión, sin embargo, estaba claro que el niño veía y también que se entusiasmaba con lo que veía, pero estaba ese leve velo por delante que nos hacía pensar que se estaba gestando un proceso todavía nada mensurable, pero que estaba allí. Entre las fuentes sonoras que utilicé en mi evaluación, tomé un cascabelero con once cascabeles bruñidos de 3 cm de diámetro. El estímulo, además de auditivo (aproximadamente 3.000 hz y 80 db) sería también visual, ya que reflejaba la luz del tubo fluorescente del consultorio. Igor estaba acostado sobre la colchoneta, y al fijar la vista en el objeto extendió sus brazos y flexionó varias veces su tronco, como para incorporarse, realizando el movimiento en forma mecánica y perdiéndose totalmente su mirada

Escuchar es ponerse en disposición de decodificar lo que es oscuro, confuso o mudo, con el fin de que aparezca ante la conciencia el revés del sentido.¹⁵

Aprovechando que Igor tenía control con su neurocirujano al día siguiente en el Hospital, enviamos una nota explicando lo que había sucedido, ya que estábamos seguros que habían sido convulsiones hipsarrítmicas (tipo de convulsión que se produce en el Síndrome de West), consultándole, además, sobre su opinión acerca de, si la estimulación desde Musicoterapia podía ser perjudicial (iatrogénica) para un caso como el de Igor. Nuestra sorpresa fue enorme, cuando a los dos días la madre nos trajo la respuesta. En ella nos aclaraba que en ningún caso la estimulación puede ser perjudicial para un niño, y en éste, “el trabajo de la musicoterapeuta había sido diagnóstico”, ya que de esa forma él podía conocer mejor a su paciente y saber que se producía un West secundario con origen sensorial, y de esa manera ajustar y administrar mejor una medicación anticonvulsivante.

Es curioso que un hecho que debiera ser cotidiano en la práctica de nuestra profesión, haya pasado a ser una perla en las anécdotas de una institución: un médico, eminente neurocirujano pediátrico, responde a una Institución de Rehabilitación aprobando como diagnóstica la intervención de un profesional cuya “profesión” (valga la redundancia) todavía ni siquiera está reglamentada como disciplina autónoma.

Igor asistió regularmente durante dos años al tratamiento. A los catorce meses fue dado de alta en Kinesiología, agregándosele la terapia de Fonoaudiología para reforzar un buen desarrollo del lenguaje, ingresó en una guardería común y nunca más tuvo convulsiones de ningún tipo. Manifestaba cierto grado de dispersión en la atención, pero es un rasgo muy leve que puede haber quedado por la hidrocefalia. Sus pautas de desarrollo eran normales.

Mientras tanto, sigue habiendo médicos que nos conocen mucho más desde dentro y, sin embargo, siguen pregonando que nos corresponde la condición de profesión paramédica. ¿A qué se debe? ¿Por qué hay tanto temor de que demos nuestra competencia para competir en lo que nos compete?

¡Pá!

Escuché tu voz silbadora y aprendí la mía...
en la vibración de tus cuerdas trasnochadas me descubrí sonido,
encontré cada nota en la guitarra
esencia de un estigma,
de una vida.

Ahora pasó el tiempo y te agradezco
tanto arte
¡Tanta lucha cotidiana...!

Resueno
en el “la” de un diapasón,
caigo en la tónica
obligada...
acunada en terciopelos rojos...
acuñando
armonías concertadas.

Mendoza, enero de 1993

El duende de tu son, ché bandoneón,
se apiada del dolor de los demás,
y al estrujar tu fuelle dormilón
se acerca al corazón que sufre más.

MANZI, Homero. ¡Ché bandoneón! (Tango)

CAPÍTULO VII Los talleres

Cuando se le pregunta a un musicoterapeuta argentino, porqué eligió esta carrera, nos encontramos con las respuestas más variadas:

- Porque me gusta la medicina pero no me banco la sangre.
- Porque me gusta la medicina y no puedo dejar la música.
- Porque me gusta la música pero no quiero ser concertista.

Y seguiría una larga lista de respuestas que girarían alrededor de los mismos parámetros: gusto por la música, y atracción por la medicina... Es cierto somos músicos, pero no enseñamos música, y tampoco mostramos qué tan buenos músicos somos: no interesan nuestras habilidades musicales en la relación terapéutica, sino cómo logramos hacer que el paciente o los pacientes hagan su propia música. Utilizamos el lenguaje musical como canal, y aunque las más de las veces no

realicemos la notación en caracteres musicales de lo que sucede en la sesión, sabemos reconocer cuando hay repetición de células rítmicas, melódicas o armónicas en la producción del paciente, que puedan estar significando la presencia reiterada o la ausencia esperada de algún síntoma. La producción sonora está ligada (con sentido de “legato”) a las vivencias y expresiones más profundas. Las cadencias en las repeticiones suelen contener una “forma” de expresión de ese ser humano que entabla con nosotros un vínculo terapéutico (forma, desde el concepto de la caracterología musical).

A veces las repeticiones son meramente rítmicas, utilizándose melodías monocordes y llanas como “recitativos”, pero también es posible que en esos casos, poder “poner letra”, favorezca la profundidad expresiva. En numerosas oportunidades tuve la ocasión de ser llamada para dictar talleres de varios encuentros, dedicados a profesionales del Área de la Salud, docentes de música, o docentes de escuelas especiales, debo reconocer que muchos los solicité para poder difundir en esos ámbitos, nuestro enfoque terapéutico. A pesar de tener más de medio siglo de vida en algunos países, y en el nuestro más de un cuarto, es evidente que no nos conocen. Parece que aún estuviéramos en la época de juglaría y fuera necesario ir vendiendo nuestra imagen de pueblo en pueblo... Cuando inicio un taller trato de dejar bien claro que no será un proceso terapéutico el que se vivirá en él. Es que no debemos olvidar que para que haya un proceso terapéutico, debe haber un encuadre con determinadas características.

ENCUADRE: situar algo entre límites, podríamos agregar espacio-temporales.

PACIENTE: que tiene paciencia. Dícese del sujeto que recibe o padece la acción de un agente (paciencia: capacidad para hacer cosas pesadas o minuciosas).

PROCESO: transcurso del tiempo. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o artificial concatenados en un desarrollo constante.

TRATAMIENTO: conjunto de medios y acciones que se ponen en práctica para la curación o el alivio de las enfermedades.

Sin embargo, a veces, aunque tengamos muchas prevenciones con los participantes y señalemos que es posible que se produzcan situaciones angustiantes nos encontramos con personas más vulnerables a su pasado, y esto puede jugar una experiencia traumática. Aunque el saldo siempre será un aprendizaje, para nosotros, y para el grupo.

Era un taller de cuatro encuentros, preparado para maestras de música de escuelas especiales, un “Curso de Actualización” que agregaría puntaje a su carpeta de antecedentes.

Una de las experiencias no era patrimonio de la Musicoterapia y parecía un juego inofensivo, de esos que vemos en los patios de recreo de cualquier escuela o en la calle de cualquier barrio (bueno, por lo menos hace varios años atrás, cuando los chicos jugaban en la calle y no en un cyber café). Simplemente había que deambular con los ojos vendados, mientras otro grupo emitía sonidos en diferentes niveles espaciales y de diferentes fuentes sonoras. La idea era despertar la sensibilidad de los participantes hacia vivencias táctiles y auditivas. Un inocente Gallito ciego que motivó gran angustia en una de las participantes, con varias décadas de experiencia en la docencia; ante el reclamo, se interrumpió inmediatamente la acción y en una reunión de todo el grupo se le pidió que verbalizara sus sensaciones. Manifestó que esa situación le hizo recordar a la época de la Dictadura Militar Argentina, porque el escuchar voces y sonidos que no lograba identificar, la transportaban a lo que habrían vivido aquellas personas que fueron prisioneras y torturadas.

La experiencia de vida de un ciego, que desde su nacimiento continúa recibiendo información sensorial casi idéntica a la de su vida uterina, (considerando la ausencia del medio acuoso) es muy difícil de trasladar al vidente, ya que éste aunque esté privado de la vista momentánea o permanentemente, evocará imágenes visuales que alguna vez adquirió, para asociarlas con los estímulos que recibe en nivel táctil, propioceptivo o auditivo en el momento de estar sin visión.[Anotación de RTF: }Percepción del tiempo y el espacio en el ciego El área cortical de cada sentido está compuesta por parches de regiones menores, cada una de las cuales se hace

cargo de una faceta determinada de la percepción sensorial. La corteza visual tiene áreas separadas para el color, el movimiento, las formas, etc. Una vez que la información entrante ha sido armada en estas áreas se envía hacia las extensas regiones corticales conocidas como áreas de asociación. Las percepciones sensoriales se integran allí con asociaciones cognitivas apropiadas. (Relación de los objetos con sus usos, etc.). Sólo al alcanzar esta etapa la información entrante llega a ser una percepción completamente desarrollada y significativa. Sin embargo, lo que tenemos en mente no es un fiel reflejo de la realidad exterior sino una construcción personal.

La docente no sólo asoció con imágenes de su propia vida, sino con imágenes vistas en filmaciones o imaginadas desde la lectura de artículos periodísticos y libros. En otro taller, de un solo encuentro también se produjo una situación negativa. Fue al escuchar música grabada de cuencos tibetanos, que una participante se sintió agredida por la música, mientras el resto del grupo sentía que se elevaba en el espacio. Éste era un taller informativo, en el que se desarrollaron en dos horas, varios temas apuntando a difundir el objeto de la Musicoterapia. En talleres de este tipo no es extraño que alguien se pueda sentir “ridículo” por tocar un instrumento de percusión.

Las vivencias personales, culturales, religiosas o filosóficas de cada persona determinan su elección, no solamente de sus acciones sino de los estímulos que desea recibir.

Los valores musicales no son absolutos, Son productos culturales y sólo gozan de autoridad dentro de una cultura dada. Como arte social la música necesita de un consenso comunitario para establecer un sistema de valores, pero dentro de semejante comunidad de valores compartidos, debería ser posible obtener una verificación de la validez de un producto musical dado.¹⁶

Aristóteles,¹⁷ citado por Rowell:

Alguna gente se ve afectada por melodías religiosas; cuando caen bajo la influencia de melodías que llenan el alma de emoción religiosa se ven calmados como si hubieran estado en tratamiento y purga médicos.

Sin duda una de las experiencias más relevantes, en los talleres, fue la vivida en uno de ocho encuentros. Se llevó a cabo en ámbito universitario; los participantes eran estudiantes y profesores de música.

Debido al tiempo de duración se logró profundizar en las relaciones interpersonales y en la problemática individual, y aunque no fue planteado como un grupo de terapia, se produjeron algunas situaciones que derivaron al menos en la resolución de problemáticas emergentes. Una de las participantes, profesora de música, estaba muy interesada en tomar como profesión la Musicoterapia. Esto marcaba en ella una actitud sumamente comprometida con el taller y el grupo. Su participación era altamente creativa, tenía experiencia en trabajo con niños discapacitados auditivos, como maestra de música. Esta experiencia previa la había sensibilizado notablemente en sus posibilidades expresivas. Realizamos en ese taller numerosas experiencias sonoras, las cuales (según mi costumbre) son grabadas y re-escuchadas por el grupo en función de descubrir desde otra postura auditiva, otro aspecto de ese todo sonoro que produjo la expresión sonoro-musical.

Henos obligados aquí a distinguir en primer lugar los sonidos sin intención (incluyendo los seres vivos que hacen ruido) y después los sonidos intencionales emitidos con un objeto de comunicación (y aquí incluimos el grito del animal, la palabra del hombre y las señales morse del tam-tam). Y los que tienen intención de hacer oír sonidos musicales ¿dónde se situarían? Evidentemente en la articulación de esta extraña pareja del agente y el mensaje musical, pues la intención de hacer música consiste en tomar sonidos de la primera categoría (no especializados en lenguajes), para elaborar con ellos una comunicación de la segunda categoría (pero, sin querer decir nada). Otra vez más estamos atrapados entre el objeto sonoro y la estructura musical, entre sonoridad y musicalidad, actividad música e invención musical.¹⁸

En este caso se descubrió que existía una melodía que una y otra vez ella realizaba en la flauta, sobre un fondo de percusión grupal eminentemente rítmico, o con la voz, sobre un fondo armónico también vocal. El clima sonoro logrado en cada ocasión hacía recordar a la obra para

trompeta y orquesta de cámara de Charles Ives La pregunta sin respuesta, de contenido predominantemente existencial, donde la trompeta dirige una frase a modo de discurso interrogativo a la masa orquestal, la cual emite una fluctuación sonora continua, representando el universo. Al analizarse las grabaciones entre todos los participantes, se logró verbalizar acerca de esa problemática existencial, que la joven años más tarde pudo resolver.

En una improvisación libre, los improvisadores hacen alguna elección, juegan su carta, arriesgan mostrarse ante las cosas, y son estas cosas las que espejan lo cierto en lo enigmático y lo devuelven.¹⁹

Es posible que actualmente este episodio corresponda a la vida de una colega, a quien agradezco su participación activa y consciente en aquellos talleres, los cuales sin ser planteados como terapéuticos, resultaron positivos en la orientación profesional de muchos participantes.

Nocturno

Un hilo curvo, débil, amarillento
cuelga de cada extremo una estrella.
Nubarrones cargados de frío y lluvia lo tapan,
lo esconden, intentan juguetear con una sombra
se refleja una paz triste y macilenta.
Hoy mi soledad es tan fugaz como esa luna.

Mendoza, 1994

Paranoia

Ojos escrutadores
Ojos chismosos
Ojos amables
Ojos tiernos
Ojos lascivos
Ojos curiosos
Inteligentes
Indiferentes
Ojos...

Mendoza, 1990

Que cante todo viviente
otorgó el eterno padre;
cante todo el que le cuadre,
como lo hacemos los dos,
pues sólo no tiene voz
el ser que no tiene sangre.

HERNÁNDEZ, José. Martín Fierro

CAPÍTULO VIII

Desestructurando estructuras

Es posible que los musicoterapeutas no nos hagamos comprender muy bien, cuando en un equipo de trabajo explicamos a qué nos dedicamos, a veces suena exótico y atrayente el término

Musicoterapia, nos asocian con relajación, bienestar, dulce far niente y en otros casos, nos creen capaces de descubrir genios musicales ocultos en algunos pacientes, como si fuéramos agentes de alguna fundación dedicada a la pesca de jóvenes valores. No es extraño que nos deriven entonces a un paciente con la explícita información de que ya estudió música, o en el mejor de los casos que canta muy bien o tiene buen ritmo, como si fuera esa la condición sine qua non para iniciar el abordaje desde nuestra área. Es decir, nos consideran terapeutas para una elite de músicos incipientes. Entonces cuando me llega un paciente con ese tipo de derivación, pareciera que un pequeño diablillo se despertara dentro de mí para hacer de las suyas, algo así como El otro yo del Dr. Merengue.²⁰ Claro que esta situación planteada con tanta sinceridad no suena ni resuena de forma académica, pero como ya dejé bien claro ésta no es ninguna obra académica, intenta ser una cascada de vivencias, anécdotas y disquisiciones acerca de nuestra profesión. Por cierto, un tanto ácida en algunas ocasiones y en otras también disonante y disrítmica.

Cuando ingresé al equipo técnico de aquella comunidad terapéutica, justamente ése fue el preámbulo con que me presentaron a Francisco:

—Estudió un tiempo piano, con una profesora y canta muy bien las canciones de los Beatles en inglés. Me encontré con un adolescente autista, quizás Asperger, y digo quizás porque su diagnóstico no era tan preciso, ya que en 1992, todavía no estaba tan claro el diagnóstico diferencial por aquellas latitudes. Era un adolescente de dieciséis años. Los otros datos que tenía de él se referían a sus actividades favoritas, había aprendido cestería, realizaba unos trabajos muy prolijos, propios de una persona muy hábil con sus manos. Sin embargo, también me habían informado que era imposible lograr de él, que dejara una tarea a medio hacer con el fin de realizar otra actividad, ya sea jugar con sus compañeros o dirigirse al comedor si era la hora estipulada. Francisco, no abandonaba su trabajo hasta terminarlo totalmente y guardar todos los elementos utilizados. Si se lo interrumpía en esa rutina comenzaba a gritar permaneciendo largo tiempo enfadado. (Podemos pensar en falta de flexibilidad y conductas obsesivas propias del espectro autista.)

Kanner en su artículo “*La concepción de totalidades y partes en el autismo precoz*” afirmaba:²¹

El niño autista desea vivir en un mundo estático, en un mundo en que los cambios no se toleran. El statu quo debe mantenerse a toda costa. Sólo el propio niño puede permitirse a sí mismo modificar las condiciones existentes, pero ninguna otra persona puede hacerlo sin producir malestar y cólera. [...] Es preciso que se reitera la totalidad de cualquier experiencia que le llegue al niño autista desde el exterior, a veces en todos sus constituyentes y todos sus detalles, manteniendo una identidad fonográfica y fotográfica. No debe alterarse ningún aspecto de esa totalidad: ni su forma, ni su secuencia, ni su espacio. La más mínima variación de su disposición, tan sutil a veces que las otras personas apenas la perciben, puede provocar un violento estallido de furia.²²

En la primera sesión le ofrecí, como hago con todos mis pacientes (¿rutina o ritual?) todos los instrumentos, es decir, que eligiera aquél con el que quisiera tocar. Tomó un pandero y comenzó a cantar varias canciones de The Beatles en inglés con muy buena afinación y voz “natural”, es decir, registro de tenor. Se acompañaba marcando el pulso en el pandero. Su hermano mayor era fanático de aquél conjunto musical, Francisco era fanático de su hermano, por lo tanto por carácter transitivo, aprendió todas esas canciones. Como Francisco demostró “musicalidad” desde pequeño, su familia lo hizo asistir a clases de piano. Durante muchas sesiones insistí pidiéndole a Francisco que me mostrara cómo tocaba el piano (éste era un instrumento eléctrico, con más timbre de órgano que de piano, nasal y penetrante) el muchacho nunca accedía, hasta que un día se sentó ante el instrumento y comenzó a tocar el *Arroz con leche*, cantándolo al mismo tiempo con voz de niño gangosa y aguda. El problema era que al llegar al si bemol (lo tocaba en fa mayor) no daba con la nota correcta y volvía a empezar. Repitiendo una y otra vez el intento de cocinar aquel Arroz con leche sin azúcar. Era evidente el enfado que se iba generando en Francisco ante las equivocaciones, sin embargo volvía a comenzar llegando siempre hasta el mismo punto, como si una fuerza interna circular lo llevara hasta el fondo de sí mismo, un

movimiento centrípeto y alienante del que no podía escapar. Era casi un mecanismo reflejo y como tal, sólo podría ser interrumpido desde fuera, le ofrecí ayudarlo, se levantó enojado, tomó el pandero y volvió a sus canciones preferidas. Esta escena se repitió durante varias sesiones, dando la sensación de estar en un callejón sin salida. Alguna vez, presionando sobre algún misterioso ladrillo, ese muro se abriría como pasadizo secreto medieval... En cada sesión mi propuesta de ayuda iba variando, le proponía tocarlo juntos, que yo lo cantara mientras él tocaba, que yo tocara mientras él cantaba, tocar otra cosa, de otra forma, etc., etc. Francisco siempre se negaba a mis propuestas y continuaba su búsqueda monótona e infructuosa hacia el escape.

Paralelamente a este proceso monótono de dar vueltas en la ronda del *Arroz con leche* ya era común verlo incursionar por todos los instrumentos, no sólo del pandero al piano y viceversa. Tomaba la flauta y soplaba libremente, sacudía cascabeles y danzaba, a veces se animaba a tomar la guitarra y por cortos períodos la rasgaba. Una tarde entró en la sala y se sentó directamente ante el teclado, supuse que sucedería algo importante porque había logrado salir del inicio de su rutina. Efectivamente, comenzó el tan gastado *Arroz con leche* y al llegar al punto conflictivo siguió cantando la letra, mientras con sus manos paseaba en el ritmo de la canción por todo el teclado, sin preocuparse por dar en las teclas justas. De pronto su voz volvió a ser la de Francisco adolescente, dejando de lado al niño destemplado. Cuando hubo terminado la letra completa de la canción y pudo hablar de La señorita de San Nicolás, pudo coser, pudo seguir cantando y también pudo abrir su puerta mágica hacia el juego, pero por sobre todo pudo elegir que se quedaba con todas las teclas del piano... me preguntó aliviando un suspiro: —¿Está bien? Por fin se había sacado un peso de encima, por fin había podido salir del círculo obsesivo creado por una forma externa, una estructura que lejos de estructurarlo lo transestructuró enredándolo en su propio perfeccionismo.

La importancia de reducir la estructura (y, por consiguiente, la de proporcionar a los autistas recursos de anticipación) es, además, muy obvia: existe también una relación inversa entre el nivel de estructura ambiental y el grado de “naturalidad” del ambiente [...]. Cuanto más estructurados, artificiales y restrictivos son los contextos que requiere la persona autista para tener experiencias capaces de producir desarrollo, más probables e intensas son sus dificultades para generalizar los logros aprendidos.²³

Si Francisco cantaba, y lo hacía bien, era por sentirse identificado con su hermano mayor, a quien adoraba. Que tuviera aptitudes musicales no era óbice para “enseñarle a tocar” un instrumento como el piano. Mi “diablillo interno” también se sentía aliviado, ese acompañamiento disonante del *Arroz con leche* me resultó liberador, como si de pronto alguien nos facilitara la azucarera y la canela, el dulce de leche y el chocolate rallado... Francisco pudo desestructurar su relación con el teclado, que la “había logrado” desde pequeño y gracias a las clases de La señorita... como él llamaba a aquella profesora. Ahora esa desestructuración lo ayudó a flexibilizarse y aceptar disonancias, así como aceptar en el trabajo de cestería las interrupciones. Abandonó las escenas de pánico ante el cambio de actividades y aceptó con más soltura el juego con los pares. Habíamos encontrado el ladrillo misterioso que abría el pasadizo secreto. No permaneció mucho más tiempo en la institución ya que sus padres debieron trasladarse a otra provincia, sin embargo, me atrevo a fantasear que esta experiencia terapéutica marcó un hito en la historia de Francisco.

Libertad
Qué hermosa sonás
en tu voz!
Pájaros, vuelo
personas, aire,
Risas...
Libertad, sonás como
cascabel
Libertad... vibra la d
Y se convierte en arma dulce.

Mendoza, 1990

Hoy puedo cantar y soñar,
Con levedad blanca y transparente
Con dulzura de cristales vibrantes
Con melodías valseadas y lejanas.

Puedo renacer hoy, después de tantos siglos
Desde mi propia profundidad
Una rueda rítmica del blanco al azul
Y nuevamente al blanco...

Mendoza. 1994

.....

... Quería hacer visible la estupidez
haciendo visible palabras invisibles realmente serias y
haciendo invisible la estupidez visible.
SELLIN, Birger. Quiero dejar de ser un dentro de mí

CAPÍTULO IX

Errores...

Desde remotas épocas escuchamos decir que “errar es humano”, sin embargo, no hay ningún refrán que incluya el arrepentimiento o por lo menos el reconocimiento y la enmienda de ese yerro. Me jacto de reconocer mis errores, y agradeceré si conocéis alguno que se haya manifestado a lo largo del tiempo, y del cual por ausencia no me haya percatado... Creo que en terapia, la mayoría de los errores los evaluamos años después, y no por no querer reconocerlos como tal, sino por la imposibilidad de verlos como tales. En el vínculo paciente-musicoterapeuta se suelen producir códigos tácitos, que muchas veces el terapeuta comete el yerro de no difundir hacia familiares u otros profesionales, simplemente por no reconocerlos como importantes en la vida comunicacional de esa persona...

Adrián fue uno de mis primeros pacientes en la provincia, había sido derivado por su médico psiquiatra que lo atendía en Buenos Aires, cuando supo que yo me trasladaría. Estoy hablando del inicio de los años 80. El niño tenía siete años, era muy delgado, poseía muy poco lenguaje verbal, “ecolálico” y entre sus conductas bizarras practicaba pica (ingesta de materias no comestibles o comestibles sin discriminación).

Debo reconocer que la utilización del término bizarro para adjetivar las conductas que se suponen extravagantes en un autista, no me satisface ni literal ni psicológicamente ya que me recuerdan el Regimiento de Bizarros que luchó en la Guerras de la Independencia, o la cualidad que se le dio a la bandera en aquella canción;...“y llena de orgullo y bizarría”, sin embargo, es corriente encontrarla en tratados de psicología.

Vuelvo a Rivière:

[...] el niño autista no empieza a pedir desde el descubrimiento de que las personas son sujetos potenciales de relación intersubjetiva, sino a través de asociaciones contingentes entre acciones y situaciones objetivas del medio. No llega a decir palabras a partir de competencias y motivaciones previas que le lleven a compartir la experiencia, sino por asociación entre signos y referentes, suscitada a través de procesos de aprendizajes más semejantes a los de la educación formal que a los de la crianza. No llega a declarar como consecuencia de la necesidad de compartir estados mentales, sino por efecto de una actividad lingüística que puede ser en principio rígida, “externa” y poco relacionada funcionalmente con la actividad comunicativa.²⁴

Si el lenguaje puede ser ambiguo cuando estamos haciendo literatura ¿por qué se exige fidelidad a ultranza cuando de la boca de un niño autista se trata? Damos significado a las palabras que el chico dice, con la bizarría que nos caracteriza a nosotros, los adultos en general y a los terapeutas en particular, sin analizar la situación en la que el niño aprendió esa palabra. Las palabras las aprendió asociándolas a hechos u objetos concretos y las más de las veces no logra hacer transferencia de sus aprendizajes, ya que una de sus dificultades está justamente en la falta de capacidad de abstracción y conceptualización.

Iniciamos el tratamiento de Adrián utilizando silbatos y flautas de diferentes materiales y emisiones de soplo, con el fin de sensibilizar los labios pero sin posibilitar la ingesta. Los que más le atraían eran los silbatos de pan, (carillones, zampoñas de plástico). El niño asoció el sonido de aquellos silbatos con el sonido que repiten los heladeros, cuando en la siesta estival provinciana anuncian su presencia recorriendo el barrio en bicicleta.

Para Adrián el glissando en el silbato de pan era sinónimo de helado, lo que no quería decir que si él decía la palabra “helado”, quisiera un helado, ya que cuando me veía decía “helado”, pero por el silbato, término que luego hizo extensivo a la flauta dulce y a la armónica. El año y medio que se mantuvo el tratamiento, disminuyó su pica y fue avanzando en su conexión con el medio, aceptando compartir algunos juegos con otros pequeños autistas. Actividades que en el verano realizábamos en una piscina.

Por diversas circunstancias dejé de trabajar con ellos durante mucho tiempo... Cuando retomé la Musicoterapia, diez años después, lo hice en una Comunidad Terapéutica; el primer día me llevaron a conocer los pacientes. De pronto me preguntan: — ¿Lo reconocés?

Ante mí se encontraba un enorme adolescente de 1,70 m y unos 80 kg de peso. Me esforcé por imaginar quién podría estar habitando aquel enorme cuerpo... pero él mismo se delató: —Coa, helado... —con voz de adolescente, como si retomara en el tiempo una conversación cotidiana. En su memoria había quedado grabada a fuego la secuencia “Coa-helado-flauta-música”.

[...] podemos enseñar al niño autista a asociar los signos manuales que realiza con palabras. Y después asociar las palabras con referentes en actividades de “denominación”: asignar un verbo a una acción, un nombre a un objeto, un adjetivo a una propiedad, etc. Todo este proceso es muy asociativo y “externo”. No es extraño que al prosperar aparezca un lenguaje un tanto rígido, compuesto de ecolalias con dificultades receptivas y problemas de “literalidad”: de asociación muy poco flexible de emisiones con referentes excesivamente delimitados y restringidos.²⁵

¿Qué importaban diez años para Adrián? Sin embargo, allí pude dimensionar mi error, nunca había dejado por escrito que para el niño, “helado” significaba sonido de aerófono, y obviamente creían todos, desde su madre, pasando por sus abuelos y todos los terapeutas que tuvo en su

camino, que helado era hela-do. Tal es así que me aclararon: — ¡Se lo pide a todo el mundo! Sonreí y pedí una flauta. Todos se extrañaron cuando vieron el cambio en la expresión de la cara de Adrián al escuchar la flauta, pero el error estaba, era irreversible, durante diez años pidió algo que nadie podía darle, porque no lo habilité en la decodificación de ese término. Encontrar errores forma parte de la tarea terapéutica, y solucionarlos sería el summum de la buena praxis, pero para ello debemos quedar desprovistos de nuestro narcisismo, ya que Narciso nunca reparó en Eco, justamente por mirarse siempre a sí mismo.

Extensible, amigable, agradable
Flexible, querible, palpable.
Sensible, amable, excitable,
Afable, tangible, apacible
Esperable, inteligible, soportable
Deseable, temible, reemplazable
En fin, tan solo descartable.

Mendoza, 1991

Nuestro canto
Es como un músculo bajo la piel del alma,
Nuestro sencillo canto.

GUILLÉN, Nicolás. Llegada (Sóngoro Cosongo), 1931

CAPÍTULO X

El tempo

En la música el *tempo* es aquello inherente a la obra musical que se está ejecutando, que tiene que ver con la velocidad que fue concebida por el compositor... Es parte de la personalidad y del carácter de la obra; así un andante será siempre un andante y un allegro será siempre un allegro, y no hay discusión al respecto. El tempo de una sesión de Musicoterapia depende del paciente, no puede estar prefijado por obras musicales que vienen de afuera para ser escuchadas, o acompañadas... El tempo mental del paciente, su tempo corporal, determinará el tempo real de la sesión. Concibo la estructura básica de un encuentro con el paciente como un “dejarlo hacer” (que no es con exactitud la traducción de aquella postura psicoanalítica de los años 70 de *laissez faire*). Debe transformarse en un fluir sonoro en el que surgen reglas armónicas, rítmicas y melódicas dadas por el paciente, sin acudir a esquemas preestablecidos, ni a métodos didácticos registrados o por registrarse. Los objetivos y las reglas surgen de la misma necesidad del paciente. Y si de pronto aparece el silencio, será un largo calderón marcado en aquella partitura personal, delimitante de una cadencia introspectiva o expectante. Cadencia que no siempre es perfecta y no pasa necesariamente de la dominante a la tónica. Quiero dejar bien claro, y considero éste un buen momento, que no estoy de acuerdo en que tal o cual música, creada por un compositor en tal o cual situación de su vida y de su época, pueda ser utilizada como remedio a ciegas para la depresión, la euforia, la disrritmia cardíaca, las migrañas, las dificultades de memoria o aprendizaje... Insisto que cada ser humano tiene su tempo, su cultura, su religión, su filosofía, en fin: su historia, que lo condiciona para ser más o menos receptivo a la creación musical de otras personas, de otras épocas, de otras culturas.

La experiencia musical en sí es un modo de conocimiento y una forma de buscar la verdad. La música nos presenta al ser con forma audible y nuestra percepción de ese ser (en tanto corresponda a la presentación) es un medio para obtener un conocimiento válido: del mundo, de la experiencia, de nosotros mismos. El ser de la música es un ser que podemos iniciar, controlar y terminar; con él demostramos que estamos pensando y sintiendo criaturas, quizás la prueba más pura de nuestra humanidad.²⁶

No es una paradoja, no estoy negando la identidad de la Musicoterapia, por el contrario estoy queriendo resaltar la importancia de la relación terapéutica de un paciente con un musicoterapeuta y no la relación de la Música con el ser humano. La música en sí misma es una creación cultural, artística, estética. La música utilizada como canal de cura en la relación terapéutica tiene otra función, no para lo que fue creada, ya que no fue creada con ese fin. La situación es diferente con un medicamento alopático u homeopático que es concebido para tal o cual afección, de todas maneras también pueden ejercer efectos paradójales en algunos pacientes. De allí que considero fundamental que el paciente pueda hacer su propia música o buscar la música que lo favorece. En la expresión de la propia problemática estará la cura. Siempre de adentro hacia fuera. Y el musicoterapeuta tiene por función acompañar y sostener al paciente en ese proceso.

Las leyendas acerca del poder mágico de la música son tan antiguas como la literatura [...] en sus comentarios sobre el Timeo de Platón Marcillo Ficino, nos describe: El sonido musical transporta, como si estuviera animado, las emociones y los pensamientos del alma del cantante o el intérprete a las almas de los oyentes [...] por el movimiento del aire mueve al cuerpo, por el aire purificado excita el espíritu aéreo que es el vínculo de cuerpo y alma; por significado trabaja en la mente. Finalmente por el propio movimiento del aire sutil penetra con fuerza: por su temperamento, fluye suavemente. Por la conformidad de su cualidad nos inunda con un maravilloso placer; por su naturaleza tanto espiritual como material, a la vez atrapa y reclama como propio al hombre en su integridad.²⁷

Con los niños pequeños pareciera que el esquema varía. A veces por sus propias dificultades motrices o verbales, o por su corta edad, necesitan ser estimulados para iniciar el juego. (Ahora añoro la simplicidad del inglés en su verbo to play o el francés jouer, utilizados siempre al lado de la música, de los instrumentos o de una escena.) En las primeras sesiones, las de conocimiento mutuo, se prueban diferentes tipos de estímulos sonoros, mostrando un abanico de posibilidades sonoras y objetales. El niño, al tomar confianza en el desarrollo vincular, irá guiando él mismo sus apetencias.

Anahí era pequeña, delgada, su mirada vivaz e inquieta hablaba de un ser interior curioso, atrapado en un cuerpecillo ingobernable, un cuerpo que le llevaba permanentemente las manos a la boca, que le hacía contener el aire y luego resoplar en ritmos extraños, que la hacía convulsionar cotidianamente, que no le permitía llegar a los objetos que deseaba, porque siempre había una fuerza extraña que la obligaba a desandar lo andado.

Padecía Síndrome de Rett, y si en algunas patologías me opongo a las rotulaciones, en otras como en este caso, clamo por un buen diagnóstico temprano, ya que actualmente es diagnosticable antes de los dos años, y hasta no hace mucho tiempo tratábamos a estas niñas como autistas.

Anahí manifestaba comprensión pero imposibilidad de cumplir con su deseo, como si las órdenes ejecutoras que su corteza motora pretendía dar a sus miembros, se transmitieran en forma inversa.

Disfrutaba cuando le sostenía el brazo desde el codo para poder tomar algún objeto, acortándole en un tramo la distancia a su mano, y como en el caso de Susy, poder realizar prensión como si el control de esa mano dependiera de una conexión eléctrica defectuosa que debía ser reemplazada por nuevos cables... Desde esa postura, Anahí podía tomar percutores para golpear en el pandero y sobre la guitarra, pulsar levemente las cuerdas y gozar sus vibraciones. Sonreía agradecida, girando su cabeza para mirarme. El contacto visual era casi

permanente, sólo si convulsionaba su mirada se perdía. Emitía algunos sonidos de una canción inventada para ella con su nombre. Si había hablado algo, ya había perdido totalmente la capacidad de hacerlo, así como había perdido su control esfinteriano.

Desde su impotencia manifiesta, las niñas con Síndrome de Rett, transmiten una ternura especial que invita a descubrir junto con ellas sus posibilidades. Su accionar diferido, respecto de las consignas verbales o de sus propias motivaciones, dan a las sesiones un “tempo” que hace recordar de alguna manera los avances y retrocesos de las danzas de la época barroca. Sólo la paciencia minuciosa y la espera, logran brindar un marco de seguridad para su libre expresión y posibilidades lúdicas.

Catalina también padecía este trastorno genético ligado al cromosoma X.

Fue descrito como síndrome por el neurólogo suizo, Rett en la década del 70. Recién ha sido aislado genéticamente en 1999. Se ha localizado el trastorno en el cromosoma Xq28 y puede tener mutaciones en el gen MECP2.

Las características crisis convulsivas de Catalina daban la sensación que cada día sería su último día. Sin embargo, una fuerza vital irrefrenable la volvía a levantar horas más tarde, transportando su sonrisa con su marcha indecisa y temblorosa: un paso adelante, dos pasos atrás. Por el diagrama institucional, no eran muy frecuentes las sesiones individuales con Catalina. Trabajaba con ella en un pequeño grupo, en el cual se hallaba otra niña Rett con características atípicas, ya que su desarrollo morfológico era acorde con su edad cronológica, además nunca desarrolló escoliosis ni sufrió de apnea, sin embargo mantuvo siempre “el lavado de manos”, así como el contacto ocular. La tercera integrante del grupo era una niña ciega y autista. Observé que los movimientos de Catalina llegaban con exactitud doce segundos después del estímulo, tiempo que aprovechábamos para el silencio y el contacto visual. Comunicación tácita con visos de complicidad. La necesaria para que Catalina pudiera sentirse contenida y aceptada en su cuerpo casi inmanejable. Lográbamos entonces establecer un lento diálogo musical, ya que con su mano derecha o con alguno de sus pies lograba dar un golpe en el pandero. Inventaba para la niña canciones con espera, incluyendo en las letras el nombre de sus compañeras de grupo, motivando a que las otras niñas también respondieran integrándose rítmica o melódicamente a la canción. Caty muchas veces se acercaba con su ir y venir impreciso hacia las otras niñas, sonriéndoles apenas o intentando alzar su vista para observarlas brevemente antes que sus piernas la llevaran a otro rincón de la habitación.

Durante el largo “período de meseta” de este síndrome (tiempo desde que se instalan todos los síntomas de regresión neurológica) la niña debe aprender a re-conducir su cuerpo, como si en realidad fuera un vehículo en el que viaja, y donde todas las vías motoras hubieran pasado a formar parte del sistema vegetativo y funcionaran por su cuenta...

El silencio y el calderón en la música favorecen la incorporación de sus breves gestos sonoros, logrando formar parte así de su propia expresión musical. Debemos comprender (y defender) que la música producida en la sesión musicoterapéutica es solamente y por sobre todo eso: música producida en una sesión musicoterapéutica. Insisto: con su propia forma musical, con su propio carácter, con su tempo y con el estilo de cada paciente...

[...] 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. De lo “bueno”, de lo “bello”, y por cierto también de lo “sano”. He aquí donde opera la clínica musicoterapéutica: deconstrucción de la Disciplina Estética desde la que se produce discurso y se soporta un formato subjetivo. Por tanto, vínculo y mundo posible, y en él padecimiento.²⁸

Era un pequeño grupo. En él participaban Nelly, niña que padecía parálisis cerebral con cuadriplejía espástica a predominio de miembros inferiores; Pepe, que presentaba agenesia del cuerpo calloso y también cuadriplejía espástica a predominio de miembros inferiores; y Noemí, cuya dificultad motriz era menos severa en el nivel de sus miembros, aunque el predominio era izquierdo con serias dificultades para la articulación verbal. Estos tres niños con lenguaje e inteligencia normales, participaron del grupo de Musicoterapia desde aproximadamente el año y medio hasta los cinco, edad en que ingresaron al Jardín de Infantes de la escuela común. Desde muy pequeños recibieron estimulación en forma individual en Kinesiología y Musicoterapia. Más tarde se les agregó Fonoaudiología. A pesar de tener una problemática similar, sus ritmos de respuesta motriz y verbal eran muy diferentes aunque eficaces. Nelly iba adquiriendo poco a poco muy buena dicción y motricidad fina manual (valga la redundancia). Pepe tenía una dicción perfecta y un agudo sentido del humor, su tono muscular era muy alto y sólo lograba disminuirlo con un gran esfuerzo consciente sobre sus miembros.

En un estudio publicado en 1972 por Ettlinger y otros, se concluyó que los pacientes con agenesia total del cuerpo calloso, utilizaban otras vías comisurales para paliar su ausencia, pero que estas vías supletorias tienen algunas dificultades para emitir la información de un hemisferio al otro.²⁹

Noemí mejoraba en su articulación verbal entendiéndosele rápidamente lo que decía. La niña tenía un gran anhelo de superación y procuraba utilizar su miembro más afectado. Pepe disfrutaba tocando tambores, colocados a sus lados, mientras estaba tendido en la colchoneta, desde esa postura podía tomar sin “sincinecias” los palillos y girando su cuerpo en bloque hacia un lado y el otro, lograba imprimirle un ritmo regular a la percusión, agregaba, además, un toque sobre su cabeza y atrás, al platillo que colgaba vertical del soporte. Dominó la posición sedente alrededor de los tres años, entonces se sentaba en el borde de la tarima respaldado en un canasto. No le entusiasmaba cantar, prefería concentrarse en sus toques “bateros” creando extraños ritmos y secuencias sonoras, que compartía con Noemí a quién le atraía también la batería y la flauta más que el teclado. Los dos compartían espacio e instrumentos respetándose en los “tempos” de su partitura tácita. No es extraño que a Noemí le atrajera la flauta ya que al soplar iba dominando la movilidad de sus labios y el control de su saliva. Aspecto que para Noemí era sumamente importante ya que, siendo mayor que su hermanita podía discernir que la pequeña, podía hablar mejor que ella y esto suponía algunas dificultades en la dinámica familiar. No les gustaba cantar, a pesar de que ya intentaban, siendo bebés, emitir sonidos con sentido de canto. Me atrevo a analizar que era porque preferían seguir sus ritmos y no los de canciones compuestas para personas que articulan con fluidez el lenguaje. Nelly por su parte prefería el teclado, donde podía inventar incipientes melodías, exigiéndose a sí misma la utilización de todos sus dedos. Para Nelly la sesión de Musicoterapia era el único momento del día en el que podía dar rienda suelta a sus fantasías, inventaba letra para las melodías que surgían de su jugar en el teclado. Su situación familiar también era de gran exigencia ya que era la más pequeña de cuatro hermanos, teniendo el tercero diez años más que ella.

El sonido del grupito se amalgamaba en el ambiente, sonaba la vocecita de Nelly acompañada por la batería o la flauta. Solamente se inhalaba la autoexigencia que emanaba de aquellos tres niños, sin familias sobreprotectoras que les resolvieran tareas o que los inmovilizaran en sus propias capacidades.

Al ingresar en la escuela primaria son infinitas las variables que comienzan a interceder, interferir, interrumpir o propiciar el desarrollo de un niño. Como terapeutas hay “zonas” en las que no se nos permite incidir, y las instituciones de re-habilitación que en realidad fueron de “habilitación”, se supone que ya cumplieron sus objetivos de inserción y deben dedicarse solamente al sostén y acompañamiento de esos niños y sus familias. Pero me pregunto: ¿Dónde quedan en la escuela primaria contemplados el juego y la creatividad? Estos tres niños lograron hasta sus cinco años integración en un grupo, descubrimiento de sus ritmos, de sus tempos mentales y corporales, autoestima, y autoconocimiento de sus propias limitaciones. Cada uno pasó a formar parte de otro

grupo que lo acompañaría el resto de su tiempo de escolaridad, pero eso ya es historia para otra lapicera...

Aprendizajes

Quizás haya un error de cálculo.
Quizás la hipotenusa no los lleve
a la rectitud del alma y del espíritu.
Ni que una melodía destemplada les
hable de construcciones mágicas.
Es muy posible que levanten paredes
de armonías antisísmicas.
Pero hay certeza que una mirada los llevará a los cimientos,
a profundas zanjas rítmicas y silenciosas,
hasta estallar en gritos metálicos, armados, quejumbrosos...
Y también sonrisas.

Pero no es cierto que esta construcción sea eterna:
pueden quedar ruinas mutiladas por mentiras,
escombros desparramados por sarcasmo,
hierros, retorcidos por desencuentros furtivos y desafinados.
Puede ser una sinfonía de ruidos desconcertantes, hirientes, apagados.
Puede ser solo un gran divertimento en el que se mezclan curvas,
bemoles sostenidos
y rectas diagonales.
Un gran dibujo hechizado por el deseo y la soledad.

Mendoza, 1996

.....

... Al silencio le arranco sus hojas
más vibrantes,
campanas que me aturden bajo el grito de
“alertas implacables”
MARCOS Ana

CAPÍTULO XI

El grito

Ramiro era un niño con diversos diagnósticos: psicosis, autismo, hiperkinesia, etc., etc., como muchos niños, llevaba rótulos que no lo ayudaban en nada. Etiquetas que lo incluían o excluían de conjuntos, o en el peor de los casos lo encarpetaban y colocaban en un estante como un expediente colmado de papeles, datos, explicaciones que tras recorrer innumerables oficinas van acumulando frases hechas, señalamientos, sellos e informes firmados. Sin embargo, no estaba hecho de papel y cartón, era un niño de carne y hueso, dato que a veces los terapeutas olvidan en el cajón de su propia memoria.

En conclusión, que Ramiro podía ser un tratado de psicología para quien quisiera saber leerlo o un decálogo de deontología terapéutica, es decir, un muestrario de lo que no se debería hacer ni decir en una relación terapeuta-paciente.

Tenía diez años cuando lo conocí, Ya en cinco años de su vida había pasado por incontables escuelas para niños con déficits mentales e instituciones de rehabilitación. Llegó a la Comunidad Terapéutica manifestando miedo hacia

las personas y hacia algunos sonidos. Repetía una y otra vez la frase: —Mirame a los ojos—(¿ecolalia o simple saturación?).

De tanto en tanto gritaba, con un grito mecánico, agudo, superficial, mientras miraba desafiante. Se suponía que gritaba así cuando algo le producía miedo. El tratamiento musicoterapéutico se inició partiendo de su grito, imitándolo, jugando con él en diferencias de intensidades. El grito era un saludo, un acuerdo tácito de invasión mutua, de aviso primitivo del comienzo de una batalla. En una sesión Ramiro tomó el pandero y comenzó a golpearlo con mucha fuerza, tan desafiante como cuando gritaba. Me miraba fijamente pero no decía nada, solo golpeaba. Comencé a responderle con gritos a los que intentaba imprimirles la misma intensidad que su golpe en el pandero. Llegando a una mueca desgarrada de grito silencioso. Este “juego” combinación genuina de expresión sonora y corporal, lo entusiasmó, provocando varias veces la repetición. Poco a poco él también agregaba el sonido del grito al del pandero, hasta llegar a la mueca silenciosa y el amague de golpe. A medida que avanzábamos en la relación vincular ya era extraño escucharlo gritar, salvo en reales situaciones de estrés. Generalmente cuando estaba en grupo esperando por el tránsito de una actividad a otra. (Era frecuente que en esas situaciones, si Lali estaba cerca y lo escuchaba gritar le mordiera la nariz.)

Es importante aclarar que para entonces ya se habían modificado algunas estrategias vinculares con el resto de los terapeutas y ayudantes terapéuticos de la institución.

Ese grito, utilizado como coraza defensiva contra todo aquello que pretendía “invadirlo” había sido neutralizado, pasó a ser un silencio de espera, aquel calderón gesticulado que le daba tiempo de observar y analizar la situación. Su voz era metálica, daba la sensación de ser emitida por una computadora, poco a poco esa voz se fue llenando de matices, disfrutaba del cuchicheo, de inventar canciones cuyas letras narraban historias interminables y de gran contenido simbólico, con apariciones recurrentes del “presidente”, “el cuchillo”, “los golpes o los castigos”, “el cazador” o alguna figura masculina represora y amenazante. Las melodías eran sencillas y a veces parecían más un recitativo que una canción. Le gustaba también escucharse en sus propias canciones grabadas, a veces las recordaba y acompañaba al grabador cantando nuevamente. Reforzaba así aspectos que le interesaban especialmente y que seguramente tenían que ver con situaciones hogareñas. A veces me pedía escuchar las grabaciones de las sesiones gritadas, entonces las escuchaba en silencio pero gesticulando.

Espero que haya sido el comienzo de un proceso de avances en la historia de Ramiro... De él también partí.

Tristán vivía encerrado en su casa, ya que desde pequeño manifestaba conductas hiperactivas sin noción alguna de peligro, subiéndose a los techos, rompiendo objetos, cruzando calles intempestivamente. Para comunicarse con su familia gritaba en diferentes intensidades, a veces emitiendo alguna sílaba explosiva. Llegó a la institución a los cinco años, era imposible separarlo de su madre, pero si estaba con ella la agredía, sin calmar su estado de excitabilidad. No hablaba, gritaba, lloraba, pateaba, permanentemente.

Fue directamente derivado a Musicoterapia (sería por aquello de enviarnos los casos más difíciles, allí donde la palabra hablada tarda más en llegar).

Era un niño con buen contacto visual, pero por momentos su mirada parecía “colgarse” en algún punto lejano e inalcanzable. Sin embargo, aún no habían logrado “colgarle” una etiqueta que lo clasificara: ¿autismo?, ¿disfunción cerebral?, ¿disfasia?...

Lo más claro era el vínculo simbiótico con su madre.

Para Bowlby

no son sólo los niños los que tienen una tendencia a comportarse de manera especial para con los seres humanos, sino que también las madres tienen una tendencia inherente a comportarse de manera especial para con sus bebés. Winnicott escribe: “ella existe, sigue existiendo, y está allí para ser sentida de todas las formas posibles”.³⁰

La estrategia inicial fue darle el primer turno de la mañana, para que hubiera poca gente en la Institución y se creara un clima con menor tensión, preservando principalmente a esa madre herida también en su autoestima y errante, de profesional en profesional, como tantas otras madres que no logran dar con un sitio en el que su hijo sea aceptado. Las primeras semanas los encuentros consistían en intentar introducirlo en el consultorio. Esto significaba utilizar el “abrazo terapéutico de Wernicke” si es que tiene un nombre técnico, o dicho con otro nombre: simplemente reducirlo en sus posibilidades de patear, manotear y mor-der, conteniéndolo corporalmente. El paso siguiente consistía en intentar mantenerlo dentro del consultorio y sin la presencia de su madre, que era la encargada de sostener desde afuera el picaporte, y cada tanto hablarle para que sintiera la seguridad de que no sería abandonado. A veces la lucha cuerpo a cuerpo continuaba dentro del consultorio, impidiéndole que se golpeará o que rompiera algo, hasta que se sentía en su tono muscular que aflojaba su ira. Era como recrear el diálogo tónico-rítmico de la díada madre-bebé de los primeros meses de vida, donde mínimas variaciones del tono comunican de uno a otro sus necesidades (Wallon nuevamente). El principio de comunicación humana es siempre el mismo, solo debemos poder decodificar lo que nos están intentando decir. Poco a poco se fue estableciendo un vínculo positivo con Tristán, le mostraba mi reloj para que viera cuándo podía salir de la sala, era cuando la aguja llegaba al 12 (las nueve horas). Era entonces frecuente que me tomara la muñeca, poco antes de la hora, interrogándome con la mirada (intersubjetividad, función perlocutiva, anticipación, imitación, y tantas otras definiciones teóricas que aprendimos años después). ¿Autista? Me atrevo a afirmar que de autista nada. (Me remito nuevamente al trabajo de Rivière.)

A partir de límites claros logró ir incorporando objetos y personas a su entorno, luego de varios meses de tratamiento exclusivo, desde Musicoterapia se incorporó el tratamiento fonoaudiológico y más tarde actividades recreativas con un profesor de Educación Física. Le gustaba que bailáramos tomados de las manos, con las melodías automáticas que él seleccionaba del teclado. También solía utilizar el teclado como guitarra (verticalmente y pasando sus manos con un glissando sobre las teclas, el mismo gesto lo realizaba con el celestín). A los pocos meses había abandonado los berrinches. En Fonoaudiología comenzó a realizar juegos simbólicos con objetos, y a utilizar los juguetes para expresar lo que quería. Realizaba seriación y clasificación. La interacción sonora en Musicoterapia era cada vez más larga, compleja y utilizando en forma convencional las fuentes sonoras, comenzaba también a incorporar algunas palabras a su vocabulario...

Es muy complicado evaluar porqué no continuó su tratamiento, a veces los límites de contención dentro de una institución no pueden pasar solamente por la buena voluntad, el motor económico es uno de los principales elementos de evaluación, y de él dependen: el mantenimiento de materiales, de profesionales, de edificio. Tristán dos años después de haber ingresado, posiblemente por un desarreglo en su medicación, comenzó nuevamente con sus crisis de ira, en una de ellas rompió el monitor de una de las primeras computadoras personales con que contaba la institución.

Grito

Era más que soledad
Era ansiedad y miedo abulia, desazón, tristeza...
Era mucho más que un vacío: un agujero negro, profundo, interno.
Era soñar en otro mundo, verse desde lejos y nunca,
Desde arriba y nada.
Era pelear, sin ganas, sin motivo, ver, escuchar, sin verse ni escucharse...
Era transcurrir sin estar.
Sin ser.
Era buscar la trascendencia desde la oscuridad.
Dentro de una búsqueda opaca revolotear errante.
Buscar sin encontrarse,
Perderse, escabullendo misterios.
Ocultar, mistificando culpas.
No oír, machacando excusas.
En fin gritar, con mutismo doloroso, sin querer, sin poder, sin saber.

Mendoza, 1996

Poema XVI

[...] En la red de mi música estás presa, amor mío
Y mis redes de música son anchas como el cielo.
NERUDA, Pablo. "Poema XVI", en *Veinte poemas...*

CAPÍTULO XII

¿Desconexión de qué?

La mamá de Felipe tuvo rubéola en el embarazo de aquel niño. La gestación no fue interrumpida, Felipe nació con cataratas congénitas, glaucoma congénito, hipoacusia y cardiopatía, además de un bajo peso. Desde muy pequeño fue intervenido varias veces quirúrgicamente especialmente por su vista. Llegó al Instituto a los seis meses, tenía el tamaño de un niño de tres. Era anoréxico, por lo que debía ser alimentado por sonda nasogástrica. Parecía desconectado de todo lo que lo rodeaba.

Comenzó el tratamiento de estimulación temprana, con la fonoaudióloga especializada en Bobath, (método de rehabilitación de vías neuromotoras) y al poco tiempo se lo derivó también a Musicoterapia. Existe una postura bastante generalizada acerca del abordaje temprano, según la cual este accionar sería exclusividad de un solo terapeuta, en función de favorecer la relación vincular; no estoy de acuerdo, no sólo por la defensa de nuestra profesión, sino por defensa de un niño que debe aprender a relacionarse en un mundo de múltiples estímulos y que no son exclusividad de la actividad motriz.

La transdisciplina favorece la omnipotencia terapéutica, todavía no estamos preparados filosófica, moral, ni humanamente para poner todos en práctica, la práctica de todos y eso nos puede llevar a hacer mucho daño. Creo que un buen equipo debe ser interdisciplinario, con una comunicación fluida entre todos los profesionales, aportando cada uno su visión desde su ángulo.

Muchas veces bajo la cortina de la transdisciplina, se esconden equipos diezmados por una conducción económica comerciante y poco humanizada, que intenta vender una imagen de actualidad a favor de contar con menos profesionales a quienes rentar. Considero fundamental la presencia parental en las sesiones ya que la observación por parte de los padres, de los avances en

las respuestas del niño, favorece la relación vincular madre-niño o padre-niño, restableciendo una imagen que a veces ha sido dañada por enfrentarse a una realidad no deseada.

La estimulación sonora de Felipe comenzó sobre el escritorio. El motivo fue otorgar una postura cómoda para su madre, padre o abuela, que se turnaban en el acompañamiento del niño. De esa manera podían observar y participar sin escrúpulos. Trabajar sobre la tarima hubiera sido lo ideal, pero implicaba un mayor compromiso corporal, por parte de los adultos, actitud que se fue logrando paulatinamente.

Son infinitos los detalles a tener en cuenta en una sesión, a veces es necesario que el niño permanezca en brazos de sus padres para poder interesarlo en el estímulo, otras veces es necesario asegurar la ausencia de los progenitores del interior del consultorio. ¿Cómo dar reglas de trabajo si las situaciones son tan diferentes como las personas que juegan la escena?

La madera del escritorio favorecía la transmisión de la vibración de la guitarra, sensación que Felipe recibiría en todo su cuerpo, así como la de diferentes tambores y objetos sonantes. Después de varias sesiones, cuando se logró romper el hielo con todos los miembros de la familia, ya fue más frecuente el trabajo sobre la tarima.

[...] las estimulaciones son necesidades primarias y la integración funcional se produce en los momentos sensibles del desarrollo, cuando el organismo está receptivo a la estimulación.³¹

Comenzó a caminar al año y nueve meses, lo hacía en punta de pies, fue equipado con anteojos y con audífonos para ambos oídos. No aceptaba utilizarlos, solían estar más tiempo rotos que en uso. Sin embargo, era notable la discriminación de sonidos que realizaba espontáneamente: reconocía cuando su madre le hablaba, cuando sonaba la guitarra (sin estar en contacto con ella) o cuando sonaba música en el grabador. Tenía muchas estereotipias motoras: presionaba el ojo derecho para estimular el nervio óptico, miraba su mano agitándola delante de los ojos, generalmente del lado derecho, tomaba algún objeto pequeño o delgado (percutores) y lo agitaba delante de sus ojos. La autoestimulación auditiva que más practicaba consistía en mover su cabeza hasta lograr que su audífono pitara por descompensación aérea. (Este gesto lo encontré también en Fabio y Efraín). Lamía las baldosas del piso, y podía pasar largos ratos “desconectado” acostado decúbito dorsal mirando agitarse sus dedos a contraluz.

Me pregunto: ¿Qué es la desconexión? ¿Por qué se nos ocurre desde afuera decir que alguien está desconectado del mundo que lo rodea? ¿Será porque aparentemente no nos responde a lo que pretendemos que responda? ¿Será por el desinterés hacia el objeto que le mostramos, o el sonido que provocamos? ¿Cuántas veces a nosotros mismos nos sorprenden ensimismados en nuestras vivencias o en nuestros pensamientos o abstraídos por una lectura “aterizamos” ante alguna situación?

Después de haber “contactado” tantos años con la desconexión estoy convencida que tal conducta es totalmente selectiva, como lo es el estado de trance, o lograr mantenernos en “estado alfa”. Entonces la parte que nos tocaría como terapeutas, es mostrar que de este lado de la cerca hay cosas interesantes para ver, para oír, para sentir un poco más parecido a lo que sienten los demás, para integrarnos sin masificarnos, lo necesario para no mantenernos aislados sin poder resolver por nosotros mismos nuestras propias necesidades y en todo caso aprender a pedir ayuda de manera parecida a como la pide el resto de los humanos. Había grandes discusiones acerca de lo que oía o no oía Felipe. Personalmente siempre consideré una retórica académica el pretender dilucidar qué es lo que oyen niños, que como en el caso de Felipe o Efraín o Fabio, se resisten a utilizar sus audífonos y, sin embargo, discriminan sonidos del ambiente o reconocen voces de sus familiares... Reconozco que está en nuestras manos pretender lo mejor para ellos, y el lograr equiparlos con audífonos, obviamente debe ser un anhelo para el equipo de profesionales que los atiende. Sin embargo, creo que justamente esa capacidad de “desconexión” que tienen, nos engaña muchas veces acerca de su capacidad real de escucha y discriminación.

Felipe era perezoso, prefería estar acostado moviendo un percutor delante de sus ojos, que utilizarlo espontáneamente en golpear en otro objeto, ya sea cualquier objeto de la vida cotidiana o un instrumento. Sin embargo si se lo contenía corporalmente desde atrás, sosteniéndole el brazo desde el codo, entonces sí encontraba placer en golpear en el platillo durante un tiempo, siguiendo un pulso de alguna canción que sonaba en el grabador, o eventualmente en el tambor. Era como si dijera con su lenguaje corporal: —¿Ves que lo puedo hacer? ahora déjame en paz...”. Con la guitarra ocurría algo similar, si de él dependía, podía pasarse largos ratos lamiendo las cuerdas,

sin embargo, si se lo “obligaba” corporalmente a sostener sus manos sobre las cuerdas, (y me refiero siempre al diálogo tónico corporal) las pulsaba, rasgaba levemente y aún jugaba a sentir el cosquilleo de las vibraciones en una mano, mientras la otra tocaba las cuerdas. También era frecuente que en sus momentos de mayor “desconexión” cuando estaba acostado en el suelo, mientras miraba agitar sus dedos o un objeto, movía un pie o la cabeza al ritmo de alguna música que sonara, ya fuera canto a capella, guitarra, flauta, teclado o grabada.

A los seis años ingresó a una escuela especial, y allí pudo recibir también estimulación visual y normas de convivencia con otros niños, poco a poco Felipe fue aprendiendo a comunicarse.

Locura

Ingreso en la locura,
sintiendo que un túnel viscoso me atrapa,
De pronto, así, me voy transformando en un fantasma
que permanece
entre locos
Podría verme
llena de nada, vacía de todo, pero
centelleo suavemente, recordándome a mí misma mi presencia
Alma penante... transito
contradictoriamente
Observando mi entorno, ese entorno que me protege y me lastima
Persisto en mi existencia.
Añoro mi propia presencia de persona
La busco y no encuentro ni el recuerdo de mí misma.

muy despacio,
me absorbe.
delirante
inalterable
indelebles.
transparente,
por momentos
incolora...
inmutable,
inhalante.
al mismo tiempo.
feliz.
¿Soy?

Mendoza. 1995

Para siempre estaremos en busca de playas
Para poder cantar y que nos oigan.
Pero “¿Qué decir de la ola que se rompe donde nadie puede oírla?”

GIBRAN, Khalil. El jardín del Profeta

CAPÍTULO XIII

El final

¿Qué nos dice una palabra cuando la leemos? Por ejemplo: Asperger... (Cuando se lee un rótulo o una etiqueta colocados a un niño en su frente, hace dudar y nos remite en el mejor de los casos a consultas bibliográficas profundas.) Descubrimos que es un síndrome, un conjunto de síntomas, una entidad patológica, etc., etc. Pero, también, descubrimos que cada vez es más frecuente de encontrar. Es decir, que las palabras sólo definen conceptos, tan precisos, que si no los sabemos utilizar pueden pasar desapercibidos a nuestros ojos y nuestros oídos. Desde luego, por preciosismo académico, a veces también se aíslan entidades patológicas sin entender que se está colaborando con el aislamiento de las personas que las “padecen”.

Los primeros artículos de Asperger describiendo niños de “características muy especiales” se remontan a 1944. En la actualidad existe definición del cuadro en el DSMIV, dentro de los TGD, Trastornos Generalizados de Desarrollo, incluyéndoselos entre las personas que padecen Espectro Autista, considerándoselos de mayor rendimiento intelectual, y con mayor grado de competencias sociales. Rivière en su IDEA: (Inventario de Espectro Autista) le otorga a los aspergianos las mayores puntuaciones en el total de las doce dimensiones descriptas y analizadas.³²

Marcos tuvo un retraso psicomotriz que lo llevó a los nueve meses a iniciar estimulación temprana. Sin embargo había en Marcos por momentos una mirada que se quedaba fija y transparente. Como la profesional que realizaba la estimulación temprana temió por rasgos de desconexión, solicitó que fuera abordado desde Musicoterapia, ya que el criterio institucional consistía en tratar a los bebés, en un comienzo, solamente con estimulación temprana y luego se iban agregando terapias, a pesar de que la evaluación de admisión se realizaba desde todas las disciplinas. Años más tarde este criterio se flexibilizó y fueron ingresando a Musicoterapia niños cada vez más pequeños según sus necesidades. El niño parecía irritable ante ciertas situaciones: entrar en determinado consultorio, algunas circunstancias sonoras del ambiente que eran difíciles de sistematizar o de encontrar pautas claras para poder solucionar (algunas voces, ruidos inesperados, presencia de algunas personas), si su padre se alejaba, parecía también entrar en pánico. Lo manifestaba llorando de manera desconsolada, mientras que si se encontraba a gusto realizaba una sonrisa a modo de mueca mecánica (se podría decir que eran sus ojos los que no sonreían). Le atraía sobremanera el sonido de la guitarra, palabra que comenzó a intentar emitir al año y medio (i-a-a); si se alteraba su humor por alguno de los motivos descrito o “sin razón aparente”, lo calmaba la vibración de la bordona sonando libre. Por una minuciosa observación descubrimos que, la habitación del Instituto a la cual se negaba ingresar y ante la que oponía más resistencia, era una por la que pasaba el caño de ventilación de un calefactor que se encontraba en la sala de espera (durante la búsqueda de motivos irritantes llegamos a pensar que podía ser la tonalidad azul que le daban al ambiente las cortinas de la ventana). Este caño era de hojalata, y mantenía una vibración permanente aún cuando no pasara por allí el aire caliente. El metal vibraba al abrirse y cerrarse la puerta, al cantar y con los propios gritos y llantos de Marcos. Aprovechando su interés por la guitarra se combinó el sonido de ésta, con percusiones en el caño, favoreciendo así la incorporación de otro objeto sonante al entorno de seguridad de Marcos, el niño pudo aceptar esa habitación y se pudo alternar con libertad el trabajo en ella. A medida que adquiría lenguaje evidenciaba algunas insistencias verbales, aunque su lenguaje a los dos años era muy rico, como de “niño agrandado”. En una sesión de Musicoterapia, cuando tenía tres años, estaba tocando en un xilofón de dos octavas. Comenzó a decir el nombre de las notas mientras golpeaba

cada placa. En primer lugar supuse que en su familia le habían enseñado mecánicamente los nombres de las notas ya que también conocía algunos colores y formas. Sin embargo, si las tocaba en forma alternada también las nombraba en forma alternada. Tuve que aceptar la realidad: Marcos estaba leyendo los pequeños rótulos que de fábrica poseía cada placa.

(A veces la ansiedad de los padres por desarrollar capacidades en ese hijo que saben diferente, puede ejercer como motor para aprendizajes estereotipados y memorísticos, pero no fue el caso de Marcos.)

Por supuesto que esta aptitud lectora del niño fue confirmada y trabajada desde Fonoaudiología. Se realizaron diferentes estrategias para fomentar la lectura comprensiva, específicamente desde mi área, comencé a colocar rótulos con traducciones en todos los teclados, ya que suelen tener leyendas en inglés y nos pareció que no correspondía que el niño pudiera confundir un idioma con el otro, mientras que sí podía afirmarse su condición natural de lectura espontánea.

Alrededor de los cinco años se pudo definir su diagnóstico (actualizándolo) como Síndrome de Asperger.

Marcos tenía algunos juegos obsesivos y estereotipados, con autos, ruedas, incluso con el teclado electrónico, pero paralelamente iba desarrollando un buen dominio del lenguaje, aunque de pronto parecía cometer contradicciones, que se correspondían con problemas en la anticipación. Un ejemplo de esto era la falta de previsión respecto al tiempo o la temperatura ambiente, si en invierno entraba abrigado a la habitación calefaccionada había que hacerle recordar por mecanismo de asociación respecto a su sensación térmica, que debía quitarse el abrigo. Conducta que en un niño de su edad era normal que realizara sin asistencia. Ingresó al Jardín de Infantes común, con algunas dificultades de socialización, que solucionó poco a poco con la ayuda de una maestra de apoyo. A través de juegos expresivos sonoro-corporales, fue flexibilizando su expresión facial y “aprendiendo” a comprender situaciones cómicas o absurdas, en la que era sorprendido por algún movimiento o sonido disonante o un timbre inesperado. Pudo él también recrear esas situaciones.

[...] desde los cinco años (los niños) comienzan a comprender que las representaciones pueden “dejarse en suspenso”, lo que permite crear por ejemplo metáforas (y otros fenómenos de doble semiosis) o comprender que las creencias de las personas en situaciones concretas, no tienen porqué corresponder con las situaciones. Basándome en el análisis que Rivièrre hace de las dificultades en el mecanismo de suspensión en el pensamiento de los niños autistas, infero que Marcos, a partir de estas actividades, pudo ir revirtiendo su propio proceso de inflexibilidad, falta de anticipación y suspensión.³³

Actualmente ha sido integrado a un grupo de púberes y adolescentes en un taller de conversación, especialmente diseñado por las fonoaudiólogas, para niños con dificultades de socialización. En este taller están obligados a narrar situaciones y secuencias temporales imaginarias o reales, dando rienda suelta a la creatividad y motivando la flexibilidad del pensamiento.

Insisto que el trabajo en equipo en una institución, debe asegurar la complementación de las diferentes terapias teniendo siempre, como norte, las necesidades de los pacientes...

El diagnóstico de Marcos fue dado a sus cinco años, desde pequeño “lo salvó” la situación de haber necesitado estimulación por retraso psicomotriz.

Héctor tuvo el “honor” de ser uno de los primeros Asperger que obtuvo su diagnóstico diferencial, ¿en qué lo favoreció tal galardón? Quizás en pasar a ser un “niño atracción”, ya que desde pequeño (me contaron) podía decir el día de la semana correspondiente a cualquier fecha de cualquier año, o recordaba con pelos y señales la edad y fecha de nacimiento de cualquier persona que alguna vez se la hubiera revelado. Sin embargo, debido a la “inocencia” propia del pensamiento de la persona autista, era incapaz de darse cuenta, en realidad, que estas cualidades suyas eran utilizadas con el fin de sorprender a otras personas, convirtiéndolo en algo así como una atracción circense. Lo conocí en su preadolescencia, momento turbulento en la vida de cualquier ser humano, y con más razón en su vida. Padecía un nistagmo tan severo que desde pequeño lo llevaba a girar sobre sí mismo, hacia la derecha. Esto había provocado una forma particular de rostro, alargado y asimétrico. Héctor leía y escribía. Pero por sobre todo pensaba y

sentía. Aprendió a entender chistes. Su pensamiento comenzó a flexibilizarse a través de actividades metafóricas: inventar canciones para tal o cual situación, moverse como tal o cual objeto, sonar como tal o cual cosa. La imitación de imágenes mentales de sentimientos, trasladadas al sonar de instrumentos o la realización de diálogos instrumentales, fue otra actividad decisiva en el tratamiento musicoterapéutico. Las sesiones eran en grupo con Mario, niño que comenzó a hablar a los seis años. Lamentablemente el tratamiento de Héctor tomó un camino nada deseado, en su adolescencia comenzó a tener crisis agudas heteroagresivas, fue medicado con psicotrópicos, su habla se tornó más lenta y su voz entrecortada, casi gutural.

El tratamiento con Musicoterapia se interrumpió cuando abandoné aquella institución. Quizás sea por fin el momento de hacer referencia al abandono, ya que Héctor continuó llamándome los 15 de noviembre de los siguientes años para felicitarme por mi cumpleaños, su habla era prácticamente ininteligible.

Mencioné en otro capítulo nuestra condición de terapeutas de paso. Un paso largo o corto, de acuerdo con las circunstancias, considerando que esas circunstancias poseen también un número infinito de variables. En el comienzo de nuestra vida profesional puede ser importante la variable económica o eventualmente la calidad de un cargo laboral: reemplazo o nombramiento efectivo. Más adelante y si contraemos matrimonio puede influir alguna migración dentro del ámbito nacional; también la aparición de mayor o menor número de hijos y, luego, cuando ya nos vamos haciendo mayores y con principios más férreos nos rebelamos contra las teorías no puestas en práctica; contra la mala praxis descubierta o encubierta; contra el lucro desmedido con la discapacidad de otros, que solo pone en el tapete la patología crónica de directivos o dueños de instituciones, discapacitadas para el tratamiento de personas, incluyendo entre esas personas a los propios profesionales contratados. Y en el penúltimo final, también es posible que decidamos volar, cambiar de continente en todos los sentidos y pretender seguir dando de nosotros todo aquello que aprendimos a dar en mejores o peores situaciones, en mejores o peores instituciones, pero siempre rodeados de mejores y peores personas, de las cuales también aprendimos mejores y peores acciones. Cotidianamente optamos por la vida y por no querer sentirnos imprescindibles, continuamos el camino hacia el costado, hacia delante, pero siempre andando.

Es cierto: los pacientes permanecen, esperando encontrar alguien con quien volver a establecer un vínculo capaz de llenar el vacío que se dejó en ellos. Siempre llegará otro alguien.

Puede comenzar la vida desde el final

Puede comenzar la vida desde el final:
cuando un ser está por cortar el contrato con el fluido...
Puede comenzar la vida por el final:
cuando el epílogo se convierte en prólogo de nuevas sensaciones...
Puede comenzar la vida por el final:
cuando la piel se resiste todavía a dejar sus capas descamadas
y vuelve suave, húmeda, feliz...
Puede comenzar la vida cuando ya nos rendimos,
la perdimos, la abandonamos, la olvidamos.
Puede comenzar la vida cuando
solo nos queda descubierto un solo intersticio por el cual absorbemos,
respiramos, espiamos.
Puede comenzar la vida cuando
un sueño se nos atraviesa de pronto en el camino oscuro y apagado.
Entonces, la vida
se ilumina de luna plateada,
se llena de sonidos y cosquilleos,
se eriza adolescente y sorprendida,

se agita respirando acelerada,
golpetea azúcares vitales
y es capaz de andar y desandar soledades,
(abandonadas soledades llenas de calor y esperanza).
Entonces encontramos otra vida,
aprendemos a olvidar,
a re-construir,
a re-sentir sin resentimiento,
a re-morder sin remordimiento,
Aprendemos a tomar y retomar
lo que encontramos
en este re-encuentro vital
lleno de poros abiertos y expectantes.
Un re-encuentro
con ese ser que estaba hundido
en el pozo del sí mismo, sin ser sí ni ser él mismo.
Un reencuentro con proyectos y con afectos.
Un reencuentro con colores y sabores,
con olores y temblores.
Re-nacer de a dos y de a muchos.
Re-hacer de a dos y con muchos.
Volver a ser en dos y en muchos.
Estar, resistir y amar.
Todo esto ya.
Porque puede comenzar la vida ahora,
cuando creíste encontrar el final.

Mendoza, 1998

CODA

Planté árboles: un nogal que da sus nueces todos los otoños,
Un olivo al que le costó mucho crecer y sobrevivir,
Una acacia blanca que se cubría con flores muy dulces todas las
primaveras...
Tuve varios hijos, que crecen y buscan su propio camino.
Para no ser demasiado transgresora ahora escribo un libro...
Se lo debo a todos mis pacientes, sus familias, a mis colegas y a
cada uno que alguna vez compartió conmigo un espacio de trabajo
(y de vida).

Reconozco haberme plagiado a mí misma. Si existen otros plagios (de los cuales no soy
consiente) se deben al maravilloso proceso de asimilación de ideas que se da en nuestro cerebro a
partir de la lectura, por lo menos sé que no he plagiado tesinas, ni tesis, ni comentarios extraídos
de sesiones de supervisión musicoterapéutica.

Y por si a alguno le quedan dudas: los musicoterapeutas nos conectamos a través del hecho
sonoro-musical con sujetos, personas o individuos, ricos en subjetividad y más ricos en su
individualidad:

Un sujeto, con su cuerpo y con su voz.
Un sujeto, con sus resonancias.
Un sujeto, con su historia y su presente.
Un sujeto, con sus espacios y sus distancias.
Un sujeto, con sus presencias y sus ausencias.
Un sujeto, con sus silencios y sus ritmos.
Un sujeto, con su identidad de actuante.
Un sujeto que es principalmente un
Ser Humano.

NOTAS

- 1 Diccionario de Mitología Universal. Espasa Calpe: pág. 280.
- 2 En FEJERMAN yÁLVAREZ. Manual de Neurología Pediátrica. 1ra ed.: 1993.
- * NA: las cursivas de las citas fueron efectuadas para esta edición.
- 3 AJURIAGUERRA, Julián. Manual de psiquiatría infantil. 4ta ed. Toray Masson: 1986.
- 4 KATZ, D et al. Psicología de las edades. 8va ed. Morata.
- 5 SCHAEFFER, Pierre. Tratado de los objetos musicales [original en francés, 1966]. Alianza: 1988.
- 6 FRANCES, Tustin en su libro El cascarón protector en niños y adultos. Amorrortu.
- 7 RIVIÈRE, Ángel. Tratamiento y definición del espectro autista II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. APNA. Madrid: 1998. Capítulo III.
- 8 AJURIAGUERRA, Julián. Op. cit.: supra nota 3.
- 9 SPITZ, Rene. El primer año de vida del niño. Aguilar: 1954.
- 10 DIATKINE y LBOVICI en AJURIAGUERRA, Julián. Op. cit.: supra nota 3.
- 11 ROGERS, Carl. El proceso de convertirse en persona. [1961]. 2da ed. Paidós-Bibliot: 1996. Psiquiat y Psicot [1972]. 2da ed. Paidós: 1996.
- 12 Utah Frith.
- 13 Personajes de una Ópera de quienes se hace referencia con esta expresión puntual en el tango Griseta, letra de José González Castillo, música Enrique Pedro Delfino, escrita en 1924.
- 14 Extraído de la Enciclopedia Salvat Universal.
- 15 BARTHES, Roland. Ver documentación varia.
- 16 ROWELL, Lewis. Introducción a la filosofía de la música. Barcelona: Gedisa, 1990.
- 17 ARISTÓTELES. Política [traducido al inglés por Ernest Barker].
- 18 SCHAEFFER, Pierre. Op. cit., supra nota 5, pág. 195.
- 19 RODRÍGUEZ ESPADA. El vínculo como construcción estética: El pensamiento estético en Musicoterapia. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana, 2001.
- 20 El otro Yo del Dr. Merengue, historieta del diario La Prensa. Buenos Aires, década del 50.
- 21 KANNER en su artículo “La concepción de totalidades y partes en el autismo precoz” de 1949, citado por RIVIÈRE, Ángel. Op. cit.: supra nota 7, pág. 108.
- 22 KANNER. *Ibidem*, pág. 64.
- 23 RIVIÈRE, Ángel. Op. cit.: supra nota 7.
- 24 RIVIÈRE, Ángel. *Ibidem*, pág. 50.
- 25 RIVIÈRE, Ángel. *Ibidem*.
- 26 ROWELL, Lewis. Op. cit.: supra nota 16.
- 27 Libro *Spiritual and Demonic Magic from Ficino to Campanella*, citado por Lewis ROWELL, traducción al inglés de D. Walter, Ens.
- 28 RODRÍGUEZ ESPADA, Gustavo. “El vínculo como construcción estética: El pensamiento estético” en Musicoterapia. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana, 2001.
- 29 SPRINGER y DEUTSCH. Cerebro izquierdo y cerebro derecho. Alianza: 1988.
- 30 AJURIAGUERRA, Julián. Op. cit.: supra nota 3.
- 31 AJURIAGUERRA, Julián. *Ibidem*.
- 32 RIVIÈRE, Ángel. Op. cit.: supra nota 7.
- 33 RIVIÈRE, Ángel. *Ibidem*.

GLOSARIO

A CAPELLA: término italiano que se utiliza en música para indicar que una composición vocal se interpreta sin ningún acompañamiento instrumental.

ACÚFENOS: del griego akouein (oír) y phainem (aparecer). Med. Percepción auditiva sin relación directa con un estímulo exterior. A menudo se debe a lesiones irritativas de la rama coclear del nervio acústico.

AERÓFONOS: en música se dice de los instrumentos musicales que suenan por vibración de una columna de aire (flautas, silbatos, clarinetes, etc.).

AGENESIA: del griego agennesia de a (privar) y gennan (engendrar). Embr. Ausencia congénita de un órgano o formación embrionaria incompleta del mismo.

ANTICIPACIÓN: del latín anticipatio, -tionis. Acción y efecto de anticipar y anticiparse. En psicología: capacidad de darse cuenta la intención que tiene el otro en una acción.

AUTISMO: del griego autos (uno mismo). Concentración habitual de una persona en su propia actividad con el consiguiente desinterés del mundo exterior. El autismo infantil síndrome estudiado por Leo Kanner, y al cual se le atribuía etiología principalmente psicológica, actualmente se afirma que es una afección genética localizada en dos zonas de los cromosomas 2 y 7, estudiándose aún la incidencia en los cromosomas 16 y 17 según boletín (08/2001) de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH). Se calcula una frecuencia de 1 cada 500 personas.

CELESTÍN: instrumento de metal, compuesto de varios tubos de diferentes tamaño según su sonido, que están sujetos a un marco. Se utiliza comúnmente en orquestas rítmicas infantiles.

CLUSTER: sonido complejo provocado por una banda amplia de frecuencias.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA: tipo de institución donde se trabaja en conjunto, de profesionales y pacientes, los objetivos y procesos terapéuticos.

DEONTOLOGÍA: del griego deon (el deber) y logos (tratado). Ética. Ciencia o tratado de los deberes. Se aplica en las diferentes profesiones, como tratado de lo que se debe o no se debe hacer en la práctica.

ECOLALIA: de eco y el griego falein. Pis. Repetición automática por parte de algunos enfermos mentales de las palabras que se pronuncian delante de ellos. // Palabras deformadas del lenguaje infantil o de enfermos que sufren trastornos del lenguaje, cuya estructura fónica es muy simple e intenta imitar las palabras de cierta dificultad articulatoria en el lenguaje general.

ENCUADRE: acción y efecto de situar algo entre límites. En terapia se utiliza para definir el tiempo y el espacio de la situación o proceso terapéutico.

ESCLEROSIS TUBEROSA: enfermedad caracterizada por la existencia en el cerebro de nódulos fibrosos formados por células neurogliales, así como por malformaciones en el sistema nervioso, la piel e incluso otros órganos. Es de intensidad diversa. Las manifestaciones son principalmente retraso mental, epilepsia y lesiones cutáneas.

ESPÁSTICO: que padece un espasmo permanente. Estado producido por la alteración del tono muscular que produce la flexión de los músculos antagonistas.

ESTEREOTIPIA: del griego estéreo (sólido) y tipos (molde, modelos). Repetición persistente y automática sin finalidad alguna de ciertas actitudes, gestos o expresiones verbales.

FUNCIÓN PERLOCUTIVA: capacidad del niño para hacerse entender con gestos, antes de la instalación del lenguaje verbal.

HETEROAGRESIÓN: agresión a personas.

HIPERKINESIA: de hipper forma prefija del griego (de alto) y kines (movimiento), afección neurológica que implica una actividad motriz constante.

HIPOACUSIA: de hippo forma prefija del griego (de bajo), acouein (oír) disminución anormal de la agudeza auditiva.

HIPSARRITMIA: tipo de trazado producido en un electroencefalograma, característico de las convulsiones que se manifiestan en el Síndrome de West.

IATROGENIA: efecto nocivo producido por la actuación médica.

INTERSUBJETIVIDAD: (calidad de intersubjetivo). Relaciones que afectan a más de un sujeto. Dícese de todo sujeto, capaz de comprender, comunicar y examinar proposiciones válidas universalmente. Característica del pensamiento humano que se manifiesta desde temprana edad.

PACIENTE: que tiene paciencia. Dícese del sujeto que recibe o padece la acción de un agente. (Paciencia: capacidad para hacer cosas pesadas o minuciosas.)

PRINCIPIO DE ISO: del griego iso (igual). Principio que en 1954 deduce Altshuler de la homeóstasis. Pensaba que proporcionar música a los pacientes significa brindarles realidades básicas en forma de sentimientos, percepciones e imágenes. Comprobó que la utilización de música idéntica (iso) al “mood” o estado de ánimo del paciente, a su tempo mental (hipo o hiperactividad) era útil para facilitar la respuesta mental y emocional.

A su vez, Benenzon en 1981 desarrolla y amplía este concepto, considerando un ISO gestáltico, un ISO complementario, un ISO grupal y un ISO universal.

PROCESO: transcurso del tiempo. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o artificial concatenados en un desarrollo constante.

ROCKING: balanceo estereotipado del tronco.

REFLEJO CÓCLEO-RECURRENCIAL: reflejo que se produce al nivel bulbar según el cual, todo bebé puede reproducir sonidos que oye. Se produce por vibración, por simpatía de las cuerdas vocales.

SECUENCIACIÓN: capacidad cognitiva para la realización de secuencias temporales, espaciales, de tamaño, etc.

SINCINESIA: movimientos involuntarios que acompañan un movimiento intencionado.

SISTRO: instrumento musical que consta de placas de metal de diferentes tamaños.

SUBJETIVACIÓN: en psicología posibilidad que tiene la persona de reconocerse a sí misma.

TRATAMIENTO: conjunto de medios y acciones que se ponen en práctica para la curación o el alivio de las enfermedades.

TRISÓMICO: dícese de la reproducción en tres partes idénticas de un mismo cuerpo, en este caso se refiere al cromosoma 21 (Síndrome de Down).

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, Julián. 1986 *Manual de psiquiatría infantil*. 4ta ed. Toray Masson:.
- BENZON, Rolando. 1981 *Manual de Musicoterapia*. Paidós:.
- 1992 *Teoría de la Musicoterapia*. Mandala:.
- BOWLBY, John. 1976 *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós,.
- BRIGHT, Ruth. 1993. *Musicoterapia en geriatría*. Bonum:
- CARTER, Rita. 1998 *Nuevo mapa del cerebro*. Integral:.
- GALLARDO, Rubén. 1998 *Musicoterapia en Salud Mental*. Buenos Aires: Universo,.
- Revista virtual: Musicoter@pia 2001. BRUSCIA, Kennet. Definiendo la Musicoterapia. 1998.
- DEMBER, William 2003. *Psicología de la percepción*. Alianza Psicología: 1979.
- DEL RÍO, Víctor. 1998 *Musicoterapia y autismo*. Mandala:.
- Seis niños autistas, la música y yo. Mandala:.
- FEJERMAN ÁLVAREZ. 1998 *Manual de Neurología Infantil*. Panamericana:.
- KATZ, D et al. *Psicología de las edades*. 8va ed. Morata.
- LEIVINSON, Cora et al. 1975 “*Terapia grupal en los niños con cuadros bronquiales a repetición*”. II Jornadas de Tisiología Infantil. Tandil: 1977. En Revista ASAM.
- 1993 “*Musicoterapia en una Comunidad terapéutica*”, III Encuentro Latinoamericano de Comunidades Terapéuticas. Mendoza:.
- : 1997. “*¿Musicoterapia para autismo o Musicoterapia para ser humano?*”
- AMURA, VII Jornadas, Buenos Aires
- : 1997. “*En busca de la identidad*” AMURA, VII Jornadas, Buenos Aires
- HERRERO, Martín y ANTONIO, José. 1997 *Manual de Antropología de la música*. AMURA. Salamanca:.
- MARCHESI, COLL Y PALACIOS. *Desarrollo Psicológico y educación*. III Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Alianza.
- *La construcción del espacio en el niño a través de la información táctil*. Ministerio de Educación y Deporte del Reino de España (estadísticas 2002).
- MORA, Francisco y otros. 2000 *El cerebro sintiente*. Barcelona:.

- PEDREIRA MASSA, JL. 1999 “*El proceso de vinculación: Aplicación para la promoción del desarrollo*”, en *Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia* / Josep Tomás (ed.). Barcelona: Alertes, Cuadernos de paidopsiquiatría.
- PELLIZARI, Patricia. 1993 *El malestar en la voz*. Resio.
- PEÑA-CASANOVA, Jordi. 1993 *Manual de logopedia*. 2da ed. Masson
- POCH, Serafina. 1998. *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona:
- PRIBRAM, Karl y otros. 1995 *Cerebro y conciencia*..
- RIVIÈRE, Ángel. 1998. *El tratamiento del autismo como trastorno general del desarrollo: Principios generales*. APNA. Madrid:
1998. *Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación*. APNA. Madrid:
1998. *Tratamiento y definición del espectro autista II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas*. APNA. Madrid:
- RODRÍGUEZ ESPADA, Gustavo. 2001. “*El vínculo como construcción estética: El pensamiento estético*” en *Musicoterapia*. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana,
- ROGERS, Carl. 1996. *El proceso de convertirse en persona*. [1961]. 2da ed. Paidós-Bibliot: — Psiquiat y Psicot [1972]. 2da ed. Paidós.
- ROWELL, Lewis. 1990 *Introducción a la filosofía de la música*. Barcelona: Gedisa,
- RUBIA VILA, Francisco J. 2000. *El cerebro nos engaña*. Temas de Hoy:
- RUUD, Even. 1993 *Los caminos de la Musicoterapia*. Bonum
- SCHAEFFER, Pierre. 1988 *Tratado de los objetos musicales* [original en francés, 1966]. Alianz.
- SELLIN. Birger. 1998 *Quiero dejar de ser un dentro de mí*. Club Internacional del Libro
- SPRINGER, Rally y DEUTSCH, Georg 1988 *Cerebro izquierdo, cerebro derecho*. Alianza Psicología
- SPITZ, Rene. 1954 *El primer año de vida del niño*. Aguilar
- WALLON, Henri. 1982 *La vida mental*. Crítica

ÍNDICE TEMÁTICO

- Anticipación (pensamiento) 26, 28, 69
- Apego 11, 61
- Asperger 46, 67
- Audición 34
- Autismo 3, 4, 26, 31, 32, 33, 34, 46, 47, 48, 51
- Autoestimulación 64
- Autonomía 14, 15
- Ceguera 42
- Comunicación 15
- Comunidad terapéutica 3
- Consultorio de Musicoterapia 28, 30, 32, 33
- Convulsiones 10
- Corteza visual 43
- Cuerpo calloso, agenesia 57
- Definición de Musicoterapia 15, 16, 46, 54
- Delfines 12
- Desconexión 28, 64, 65
- Eco, 7, 8
- Ecología del sonido 15
- Encuadre 42, 53
- Equipo interdisciplinario 14, 15, 16, 33, 63, 69
- Esclerosis tuberosa 11
- Escucha, la 12,15, 39, 43, 53
- Estereotipias 23, 24
- Estética musicoterapéutica 56

Estimulación temprana (Intervención temprana) 64, 68
Estimulación táctil 32, 30
Espacio sonoro 15,37
Espectro sonoro 33
Evaluación en Musicoterapia, 17, 18, 19, 20, 21
Filogénesis 23
Flexibilidad (pensamiento) 69, 70
Funciones psicolingüísticas 4
Gestos sonoros 17, 18, 56
Grito 61
Hidrocefalia 39, 40
Hipoacusia, sordera 29, 32, 33, 34
Iatrogenia 39
IDEA 67
Implante coclear 29, 30
Improvisación libre 44, 53, 54, 57
Instituciones 63
Intersubjetividad 4
Juego 29, 54
Música 10, 14, 41, 43, 44, 53, 56, 57
Musicoterapeuta 5, 14, 35, 36, 53, 54 37, 41, 46, 52, 57, 70
Nistagmo 69
Objetivos 30, 37, 56, 57, 60
Ontogénesis 23
Paciente, el 5, 6, 7, 42, 53, 54, 70
Paternidad 10, 57, 61, 64
Pica 50
Potencial evocado auditivo 30
Reflejos arcaicos 27
Reflejo de Moro 27, 28
Reflejo parpebral 27
Reflejo cócleo recurrencial 17
Riesgo 5
Rocking 9
Rubéola congénita 63
Salud y enfermedad 17
Síndrome de West 28, 29, 30
Síndrome de Rett 54, 55, 56
Sistema háptico 30
Sistema límbico 30
Sonrisa 9, 10
Suspensión (pensamiento) 69
Terapeuta, el 5, 34, 35, 36, 52, 63, 70
Tono muscular 61
Trastornos del lenguaje 38, 51
Transdisciplina 63
Tratamiento 42, 53, 57, 60, 64, 67
Vínculo 37, 50, 53, 54, 55, 60, 61