

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POST-GRADO

**MUSICOTERAPIA COMO INTERSUBJETIVIDAD ESTÉTICA:
UN ESTUDIO DE CASO EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE ASPERGER
SOMETIDO A ACOSO ESCOLAR PERSISTENTE**

Monografía para optar al Post Título en Terapias de Arte con Mención en Musicoterapia

Estudiante: José Leonello Bazzurro Gambi
Profesora Guía: Patricia Ubilla Carvajal

Santiago de Chile, septiembre de 2016

Índice de Contenidos

I. Introducción.....	p. 4
II. Contexto Institucional.....	p. 8
III. Marco Teórico	p. 10
Territorios Conceptuales para situarnos en el mundo del paciente.....	p. 11
a) Concepciones generales sobre la adolescencia.....	p. 11
b) Preferencias Musicales en la Adolescencia.....	p. 16
c) Adolescencia y Subjetividad Digital	p. 18
d) Adolescencia, Escuela y (<i>Cyber</i>) <i>Bullying</i>	p. 21
e) ¿Trastorno del Espectro Autista o Síndrome de Asperger?..	p. 22
Teoría Musicoterapéutica.....	p. 28
a) La intersubjetividad en la psicología del desarrollo y el psicoanálisis relacional: un esbozo de Daniel Stern y Jessica Benjamin.....	p. 30
b) Intersubjetividad, Musicoterapia y Síndrome de Asperger/TEA.....	p. 35
c) Modelos de Musicoterapia: MT Músico-Centrada y procedimientos de elaboración verbal.....	p. 38
d) Estética como teoría de la percepción versus Estética como teoría del arte.....	p. 46
e) Las Estéticas de la Musicoterapia.....	p. 49
IV. Proceso Musicoterapéutico.....	p. 61
a) Objetivos.....	p. 65
b) Evaluación y Criterios de Evaluación del Proceso.....	p. 67
c) Metodología del proceso terapéutico.....	p. 71
d) Análisis del proceso.....	p. 74
i. Fase diagnóstica.....	p. 78
ii. Fase central.....	p. 83
iii. Cierre.....	p. 97
e) Evaluación del proceso.....	p. 100
i. Evaluación del paciente.....	p. 100
ii. Evaluación de la psiquiatra.....	p. 101
iii. Evaluación de la profesora diferencial.....	p. 102

iv. Evaluación del musicoterapeuta.....	p. 103
v. Autoevaluación de fortalezas y debilidades como terapeuta.....	p. 105
V. Conclusiones.....	p. 109
VI. Bibliografía.....	p. 115
VII. Anexos.....	p. 119

Índice de Tablas y Figuras

Tabla nº1: Criterios Diagnósticos del TEA – DSM V.....	p. 24
Tabla nº2: Niveles de gravedad del TEA - DSM V.....	p. 25
Tabla nº3: Los ocho <i>Modi</i> de la escala AQR (Schumacher).....	p. 36
Tabla nº4: Escala MTRS de Raglio (2011).....	p. 37
Tabla nº5: Escala MTRS de Raglio (2011).....	p. 68
Tabla nº6: Síntesis Microanálisis. Actividades realizadas y Nivel MTRS.....	p. 75
Figura nº1: Triángulo de Carpentre y Brandalise.....	p. 40
Figura nº2: Sala de Musicoterapia Infanto-Juvenil.....	p. 73
Figura nº3: Gráfico evolutivo de conexión intersubjetiva	p. 77
Figura nº4: Dibujo de JD.....	p. 79
Figura nº5: Letra de la canción “un verdadero amigo” de JD.....	p. 88

I.- Introducción

La presente monografía se origina a partir de uno de los casos clínicos tratados durante la práctica profesional del postítulo en musicoterapia de la Universidad de Chile, realizada en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Militar de Santiago a lo largo del segundo semestre del 2015. Durante la práctica tuve la oportunidad de ser co-terapeuta en los talleres grupales de Psiquiatría Adulto; terapeuta principal en el tratamiento individual a una paciente hospitalizada en Oncología Adulto; y terapeuta principal en el tratamiento individual de un paciente adolescente, en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, al que llamaremos JD.

Como tendrá ocasión de apreciar él o la lector(a), la monografía describe detenidamente el tratamiento musicoterapéutico de JD, un joven de 15 años diagnosticado con síndrome de Asperger (DMS IV) o bien con Trastorno del Espectro Autista en grado leve (DSM V), quien llega al aula hospitalaria del Psiquiatría Infanto-Juvenil luego de haber sido retirado con urgencia de su colegio anterior a causa de las agresiones sistemáticas que recibiera por motivo de demostrar un comportamiento “excéntrico” o distinto a la norma social. Dicha situación se agravaba al considerar que el núcleo familiar de JD, en especial su padre, lo recriminaba constantemente por similares motivos, incapaz de comprender la naturaleza involuntaria de la condición de JD.

El diagnóstico terapéutico arrojó la notoria “musicalidad digital” de JD, quien sabía tocar algunos acordes en piano y guitarra; disfrutaba profundamente de la música electrónica de la década de los ochenta; y soñaba con ser DJ. Por esto, el tratamiento musicoterapéutico se caracterizó por priorizar las improvisaciones libres y referenciales, las composiciones musicales, las audiciones de canciones y la elaboración verbal de experiencias significativas (musicales o

no), tomando como referencias el estilo electrónico, el funk y el rock, y los dispositivos electrónicos y/o digitales.

Meses después de terminar el tratamiento me aboqué a la tarea de revisar detenidamente los 17 videos que registran la totalidad del proceso. Me fue entonces evidente que el modelo aplicado, quizás sin saberlo a cabalidad en ese entonces, correspondía a la Musicoterapia Músico-Centrada (Aigen, Brandalise, Maranhao, Nordoff-Robbins), modelo al cuál, no obstante, debía añadirse una importante cuota de elaboración verbal, como propone el modelo analítico de Prietsley.

En este sentido, la presente monografía se estructura en una primera sección teórica, cuyo propósito es cimentar los principios que dotan de coherencia al tratamiento y permiten su legibilidad para cualquier interesado/a, y una segunda sección práctica, en donde se expone con detenimiento el proceso terapéutico recién enunciado (fases o etapas, objetivos, metodología, análisis, resultados obtenidos, etc.).

En relación al marco teórico, este presenta un primer núcleo orientado a las características propias del paciente: adolescencia, preferencias musicales del adolescente, subjetividad digital, *bullying* y síndrome de Asperger o bien TEA. El segundo núcleo desarrolla la teoría musicoterapéutica pertinente para el caso. Conceptos como “intersubjetividad” (D. Stern, K. Schumacher, A. Raglio) y “reconocimiento” (A. Honneth, J. Benjamin) se vuelven fundamentales, siguiendo así una extensa y coherente línea que recorre filosofía, sociología, psicología y musicoterapia. Por último, propongo también una lectura personal acerca de la importancia de la “estética” en la musicoterapia basada en los desarrollos de músicos vanguardistas (J. Cage y P. Schaeffer) y estetas contemporáneos (E. Fischer-Lichte y G. Böhme).

Con todo, intento esbozar una comprensión de la musicoterapia como una “práctica estética intersubjetiva orientada al reconocimiento del otro”.

Respecto al tratamiento terapéutico, su objetivo principal consistió en “desarrollar un vínculo intersubjetivo mediante la comunicación corporal (gestos y movimientos), sonoro-musical (ritmos, atmósferas, sincronización) y la elaboración verbal compartida”. La apuesta detrás de esta formulación consiste en que al incrementar su capacidad de vincularse con otro durante la terapia, el paciente podría abrir su “mundo” y acceder así al “espacio” necesario para reorganizar su *self* en torno a un reconocimiento positivo de sí. Para lo anterior se realizaron múltiples improvisaciones, juegos corporales, audiciones de canciones y una actividad protagónica que consistió en componer íntegramente una canción: letra, música, voz y grabación por pistas.

Como forma de evaluación del proceso se utiliza un método mixto, que aúna principios cualitativos (descripción y análisis de testimonios emitidos por el paciente y de notas de campo terapeuta) y principios cuantitativos (aplicación de escala MTRS propuesta por Raglio 2011 para evaluar con cifras el nivel de la relación entre terapeuta y paciente a nivel tanto corporal como sonoro-musical). De esta forma, se pretende analizar el proceso apoyando las interpretaciones vertidas en un correlato objetivo, en el sentido de ser comprobable y replicable por un tercero.

Con respecto a su público, quisiera decir que esta monografía fue escrita para ser leída por cualquier lector interesado o ya iniciado en la musicoterapia, terapias de arte, estética, música, educación, psicología, psiquiatría y distintas terapias de rehabilitación (fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional). Sin embargo, me parece que los testimonios entregados por el paciente interpelan directamente a todos aquellos que sientan compromiso con el campo educacional, puesto que las certeras y lacerantes críticas que JD arroja al sistema escolar

merecen ser oídas y dan cuenta del fracaso de un sistema educacional que declara importar la “integración” y “diversidad”, pero que sabemos se orienta por criterios como la competencia y el mercado, en donde siempre saldrá perdiendo quien no logra o no desea convertirse en un “empresario de sí mismo”. (Foucault, 2007, p. 264)

Vale decir, por último, que la musicoterapia es una disciplina joven, con una *episteme* en constante construcción, por lo tanto el siguiente texto es sobre todo una invitación al lector para que evalúe el grado de pertinencia de una propuesta teórica, un tratamiento terapéutico y una forma de evaluación pensada y ejecutada en estos términos.

II.- Contexto Institucional

La presente monografía se basa en el trabajo realizado en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Militar de Santiago (HMS) durante el segundo semestre del 2015 (Agosto 2015 / Enero 2016), en dependencias de la Sala de Musicoterapia. El actual HMS fue inaugurado el 2009, pertenece al Ejército de Chile, y ofrece “atención de salud de 2do y 3er nivel, centrada en los pacientes beneficiarios institucionales y abierta al extra sistema” (http://www.hms.cl/?page_id=114). El HMS comprende un complejo hospitalario ubicado en la Reina Alta que tiene 3 modernos edificios principales, en los cuáles hay 11 pabellones de cirugía, 2 de gineco-obstetricia y 330 camas de hospitalización. (ídem)

Musicoterapia se ofrece en Psiquiatría Adulto y en Psiquiatría Infanto-Juvenil. En Psiquiatría Adulto, los pacientes reciben tratamiento ambulatorio o bien hospitalización de corta estada y se les ofrece talleres grupales de musicoterapia. En Psiquiatría Infanto-Juvenil los niños y adolescentes reciben tratamiento ambulatorio, en formato policlínico, y se les ofrece sesiones individuales y eventualmente grupales de musicoterapia. Cada sección cuenta con su propia sala de musicoterapia, habilitada con colchonetas, variados instrumentos, equipo de música y controladores de aire.

En Psiquiatría Infanto-Juvenil trabaja un equipo de 4 psicólogos, 4 psiquiatras, 3 psicopedagogos, 1 asistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 musicoterapeuta, secretarias y personal administrativo. Hace 5 años trabaja a tiempo completo una musicoterapeuta calificada, quién es la profesora supervisora del caso clínico aquí analizado. Además, cuenta con un aula hospitalaria reconocida por el MINEDUC en abril 2011 y perteneciente a la Fundación Carolina Labra Riquelme. En ella trabajan dos profesoras, una profesora diferencial y una profesora de

educación básica, y ocasionalmente participan otros profesores en calidad de voluntarios.

Respecto a su función, cito:

La escuela atiende a niños, niñas y jóvenes de los niveles pre-escolar, básica y media, principalmente de los servicios de Pediatría y Psiquiatría Infantil, recibiendo una mayor demanda de atención desde el mismo CAPDIJ¹. Atención que se centra en el aula y en las camas de hospitalización, para aquellos niños que no se pueden desplazar (...) El equipo docente, prepara la atención considerando la realidad e intereses de los alumnos, generando un ambiente adecuado para el aprendizaje, acogedor y con un gran potencial rehabilitador, junto con ello apoya a la integración socio- escolar y atiende las necesidades educativas especiales de sus alumnos/as (<http://www.fundacioncarolinalabra.cl/escuelas-fundacion-carolina-labra-riquelme.php?notid=27>).

En este entendido, Psiquiatría Infanto-Juvenil ofrece un programa orientado a la *rehabilitación integral* del paciente, puesto que los niños y adolescentes reciben un tratamiento efectivamente multiprofesional. En la presente monografía, la intervención se realizó en conjunto con un psicólogo, una psiquiatra, dos profesoras (básica y diferencial) y la supervisión de una musicoterapeuta. Cabe mencionar el alto grado de compromiso y la fluidez en la comunicación con el equipo terapéutico, con quienes se realizaron múltiples conversaciones informales y algunas reuniones formales, con el fin de evaluar y decidir en conjunto la dirección del tratamiento integral del paciente JD, el cuál diera origen a la presente monografía.

¹ Actualmente CAPDIJ (centro de atención psiquiátrica diurno Infanto-Juvenil) se transformó en Psiquiatría Infanto-Juvenil.

III.- Marco Teórico

El presente marco teórico se articula en base a dos núcleos temáticos principales. El primero se refiere a la subjetividad del paciente y el segundo a la teoría psicológica y musicoterapéutica. Respecto al primer núcleo, se abordan diversos aspectos necesarios para situarnos en los territorios que constituyen a nivel general la subjetividad del paciente, esto es: su etapa de desarrollo (en este caso, adolescencia en Erikson, preferencias musicales, subjetividad digital, escuela y *bullying*) y su diagnóstico psiquiátrico (en particular: T.G.D. tipo Síndrome de Asperger o Trastorno del Espectro Autismo en grado leve).

En el segundo núcleo, se dedica una primera sección a la teoría de la intersubjetividad y el reconocimiento (en D. Stern, A. Honneth, J. Benjamin), transitando desde la filosofía y la psicología hasta la musicoterapia intersubjetiva (K. Schumacher, G. Raglio, y otros).

En la segunda sección del segundo núcleo, se mencionan los modelos musicoterapéuticos a seguir (MT músico centrada con elaboración verbal final – aporte de MT Analítica) conjunto a sus técnicas más utilizadas (improvisación, composición y audición de canciones), y se desarrolla con alguna extensión la importancia de tener un enfoque estético de la musicoterapia basada en el concepto de *performatividad* (E. Fischer-Lichte) y *atmósfera* (G. Böhme); enriquecido por los principios que guían la música contemporánea de John Cage y Pierre Schaeffer. De este modo, se pretende sintetizar las principales herramientas teóricas que permiten dar cuenta del proceso terapéutico llevado a cabo, y se intenciona, asimismo, la construcción de un aparato teórico que pueda tener valor por sí mismo, es decir, más allá del marco singular de aplicación.

I.- Territorios conceptuales para situarnos en el mundo del paciente.

a) Concepciones generales sobre la adolescencia.

La historia del concepto de adolescencia se inaugura al comenzar el siglo XX, momento en el cuál Stanley Hall (1904) (McFerran, 2010, p. 19) diferencia dicha etapa vital, enclaustrada entre la infancia y la adultez, y la caracteriza como un período de “tormenta y estrés” (*storm and stress*), en el cuál el ser humano experimenta constantes cambios de humor o de ánimo, comete conductas de riesgo y presenta conflictos con sus padres buscando su autonomía (ídem). Los criterios que definen tradicionalmente los límites de la adolescencia sostienen que, a nivel biológico, esta comienza en cuanto aparecen cambios físicos-sexuales notorios, inaugurándose su sexualidad –no infantil-, y termina al adquirir la capacidad de tener hijos; a nivel emocional, comienza en cuanto el individuo intenta afirmar su intimidad (guardar secretos y afirmar elecciones) y finaliza al obtener la capacidad de definirse como una persona independiente, con identidad propia; a nivel social, comienza en cuanto aparecen conductas de participación autónoma en roles colectivos –distintas a la familia-, y concluye en cuanto el joven obtiene dominio de sí mismo respecto al ejercicio del poder y las responsabilidades hacia otros (autodisciplina, solidaridad); y, por último, a nivel cognitivo, la adolescencia comienza con los primeros razonamientos formales abstractos, y culmina cuando el joven obtiene el manejo del pensamiento formal (hipotético-deductivo) (Medina 2009). Asimismo, es notoria la diferencia en términos de géneros, puesto que los roles tradicionales determinan que el género masculino se oriente fundamentalmente hacia la “autonomía y el éxito social” mientras el género femenino busque mayormente las “relaciones interpersonales” y el sentido de responsabilidad de sí (ídem).

Uno de los modelos más influyentes en la comprensión de la adolescencia corresponde a la psicología del desarrollo de Erikson (1963), para quién la personalidad evoluciona al transitar temporalmente por 8 estadios de desarrollo. Cada uno de ellos posee sus propios conflictos centrales, los que la persona puede resolver en forma saludable, integrando así competencias que fortalecen el *ego*, o bien, puede no resolver, generando rasgos de personalidad patológicos que lo “estancan” en un estadio evolutivo anterior.

El primer estadio de la ontogénesis de Erikson corresponde a la temprana infancia (desde el nacimiento hasta los 18 meses), en donde se construye “la confianza o la desconfianza” básica del individuo, dado que el infante debe reconocer quiénes son sus cuidadores para formar así los diversos tipos de vínculos que pueden existir (cabe aquí establecer relaciones teóricas con la teoría del apego). En el segundo estadio (desde los 18 meses hasta los 3 años de edad), el niño debe lidiar con la dificultad de manejar su propio cuerpo, aprendiendo así a controlar los músculos relacionados con excreciones y secreciones corporales. De allí que los polos de esta etapa sean la “autonomía” corporal versus la vergüenza y la duda (al ser “superado” por su cuerpo). En el tercer estadio, desde los 3 hasta los 5 años de edad, el niño presenta un acelerado desarrollo físico, intelectual y social. Según sea la reacción de sus padres a sus preguntas, el niño potenciará la “iniciativa” o bien la sensación de “culpa”, por haber hecho algo incorrecto. Como cuarto estadio, desde los 6-7 a los 12 años, los niños muestran gran interés por entender cómo funcionan las cosas, poniendo gran esfuerzo, conocimientos y habilidades en ello. La escuela, los grupos de pares y el hogar pueden incentivar dicha “laboriosidad”, o bien no fomentarla, realizando por ejemplo comparaciones negativas con otros niños, lo que genera una autoconcepción de “inferioridad” e inseguridad para con otros. Llegamos así al quinto estadio, aquel que nos concierne, la adolescencia.

La adolescencia se caracteriza por ser la fase destinada ante todo a la “formación de identidad”, siendo una etapa clave en tanto es la transición entre la infancia y la adultez, tanto a nivel social, sexual como vocacional. De allí que sus cuestionamientos guías sean ¿Quién soy yo? ¿En qué me distingo de las demás? ¿Adónde voy?. Según Erikson, el desarrollo exitoso de esta fase transicional provoca la generación de un sentido identitario; en cambio, el desarrollo fallido, induce a la construcción de una identidad difusa y confusa, sin límites en sus roles.

En cercanía con Erikson, agrega McFerran que los dos primeros focos de atención del adolescente radican en la elección de carrera, por un lado, y en la búsqueda por establecer amistades auténticas, por otro (2010, p. 61). Así, mientras el foco relativo a la elección de carrera permanece en una perspectiva relativamente lejana en el tiempo (al menos prospectiva), la amistad cobra una importancia trascendental dada su actualidad o su influencia permanente en la vida cotidiana. Pertener a un grupo de pares y poseer amigos influye notoriamente en la constitución de la personalidad y la identidad, en cuanto dichos sujetos colectivos (amistad, grupo, pareja) cumplen la función de ser un poderoso espejo en el cuál el adolescente se va evaluando y va *negociando* el perfil que le acomoda. Es aquí donde se anida el riesgo de desarrollar una “identidad difusa”. Esta aparece cuando hay dos imágenes del *self adolescente* muy heterogéneas e irreconciliables entre sí. La colisión se produce entre lo que los otros ven del adolescente y lo que él percibe de sí mismo. Por el contrario, para constituir un sentido o darle una forma a su identidad, el adolescente busca percibir cierto equilibrio entre estas imágenes, externas (sociales) e internas (individuales). En este proceso, suele experimentar diversas maneras de ser o insertarse en la cultura y en su género. El éxito/fracaso de dichos experimentos presenta estrecha relación con la aceptación que los pares le brinden. Las relaciones íntimas

intensifican esta función proyectiva, puesto que en las relaciones románticas se muestran aún más aspectos del yo que son confirmados o rechazados (McFerran, 2010, p. 61).

Continuando las fases de Erikson, la sexta etapa corre desde los 20 a los 40 aproximadamente. En ella los individuos buscan tener relaciones íntimas y estables, basadas en la confianza, la reciprocidad y la seguridad; de allí que la polaridad se constituya en “Intimidad versus Aislamiento”. Como séptima etapa, entre los 40 y hasta los 60, la familia adquiere la mayor importancia, de modo que el *self* busca ser “productivo”, en relación a poder dotar de los bienes suficientes para el buen porvenir de su gente cercana (familia fundamentalmente); o bien, en caso contrario, se produce un estancamiento, en caso de sentir que sus esfuerzos son inútiles o carentes de sentido. Por último, la octava y final etapa, desde los 60 hasta la muerte, la vida se caracteriza por la pérdida de productividad, la muerte de cercanos (los duelos) y la vejez, ante lo cuál el individuo puede reaccionar mediante la “integridad del yo”, en un actitud denominada como “filosófica”, o bien caer en una actitud de desesperación.

Ahora bien, cabe notar que si bien la psicología evolutiva de Erikson ofrece un marco general de referencia pertinente, no obstante cabe cuestionarse si es la adolescencia necesariamente el mayor momento de definición de identidad; o si, más bien, la personalidad y *self* siempre se van definiendo (y difuminando también) a medida que transita por los estadios, ya que la “subjetividad” es un concepto afecto al devenir, y por tanto, en constante mutación histórica (tanto en relación al concepto mismo como a cada individuo particular).

En este sentido, en lo que respecta a la adolescencia actual cabría reflexionar en primer lugar, respecto del impacto que el mundo globalizado por la tecnología, el internet y las redes sociales generan en el *self adolescente*, asunto que abordaremos más adelante al referimos al concepto de “subjetividad digital”.

En segundo lugar, el modelo de Erikson desconoce, a causa quizás de su fecha de formulación, el impacto que el régimen socio-económico neoliberal genera en la subjetividad desde su implantación como ideología hegemónica. En este sentido, desde la década de los ochenta (y desde los 2000 con mayor fuerza) tanto los hombres como mujeres adolescentes de los países desarrollados se ven sometidos a la presión del neoliberalismo que los lleva a formular sus proyectos de vida en relación (ya sea aceptación o rechazo) a las profesiones o actividades que son más rentables, “productivas” y reconocidas socialmente. Por tanto, la generación de una subjetividad neoliberal implica que desde la adolescencia (y antes), los sujetos se vuelvan “empresarios de sí” (Foucault, 2007, p. 254), es decir, que operen hacia sí mismos tecnologías de subjetivación que favorezcan todos aquellos rasgos (talentos, habilidades sociales, origen económico, atributos físicos, redes de conexión social, etc.) capaces de ser ventajas comparativas respecto de los otros en aras de conseguir el prometido “éxito social”.

En tercer lugar, la exploración de la sexualidad da lugar a un grado de experimentación mayor que a la fecha de formulación del modelo de Erikson. En efecto, la homo-, bi-, trans- y asexualidad actualmente son fenómenos comunes. No parece acertado el catalogarlos, por ejemplo, como un identidad “confusa” o con roles “difusos” colindantes a la patología, en donde el patrón de “normalidad” estaría dictado por la heterosexualidad. Mayor polémica aparece al considerar la sexualidad “*queer*” (Butler 2007).

En cuarto y último lugar, cabe mencionar que, en relación al último estadio de Erikson, los cambios actuales en las expectativas de vida y la regeneración poblacional en los países modernos hacen que el octavo estadio se haya redefinido de manera sustantiva, dada la importancia que progresivamente adquiere vivir una vejez buena, cuyo inicio comienza recién alrededor de los 70 años.

Ahora bien, no obstante los reparos mencionados, se mantiene en pie, me parece, la idea básica de la adolescencia como un momento fundamental en la formación de la subjetividad, debido al despertar sexual, la definición vocacional, la importancia de tener una crítica ideológica y la relevancia constitutiva de los vínculos de amistad. Asimismo, el rol que cumple la música dentro de esta fase del desarrollo es sin duda significativo para muchos adolescentes.

b.- Preferencias Musicales en la Adolescencia.

Podemos caracterizar la adolescencia por ser un momento de intensidad experimental respecto a la identidad o a la diferencia que cada persona desea construir de sí en relación con su contexto social, cultural y de género. En este entendido, las *preferencias musicales* juegan un rol determinante. Lejos de ser evidencia de un simple gusto anodino, implican una “performance of identity”, como sostiene Even Ruud (1997) (McFerran, 2010, p. 61). Mediante este término, Ruud se refiere a que las preferencias musicales muestran públicamente (“performan”) la manera como el adolescente desea ser visto por los otros (sus pares y el mundo adulto): “Estas son mis bandas favoritas, esta es la música que me llena, por eso visto así y pienso lo que pienso”, podría ser el mensaje implícito detrás de los gustos musicales de muchos jóvenes.

No obstante, agrega Ruud, dicha *imagen proyectiva* no se cumple cabalmente, toda vez que las preferencias musicales expresan en mayor medida lo que el *self* “desea ser” antes que lo que el *self* “realmente es”; es decir, los gustos exteriorizados suelen manifestar mayormente una idealización de sí con miras a integrarse de algún modo en el mundo social, en amistades o agrupaciones varias. Dicha afirmación es refrendada por investigaciones con jóvenes (McFerran, 2010, p. 62), las cuáles demuestran variaciones significativas entre la música que los jóvenes declaran escuchar en público y aquella que efectivamente escuchan en privado. De este modo,

resulta evidente la función formativa que para muchos adolescentes cumple la música respecto de su identidad. La música funciona así como una “ventana” para expresar su emocionalidad y proyectar su mundo interno (historia de vida, ideología, aspiraciones), y como un “espejo”, en el cuál reflejarse e identificarse conjunto a otros adolescentes, formando así amistades y comunidades reales o virtuales.

Los gustos y preferencias musicales, por tanto, expresan valores, actitudes y opiniones del adolescente y cumplen así una función claramente comunicativa y social (en un doble movimiento -proyectivo e identificadorio), por muy individuales o herméticos que aquellos gustos puedan parecer para la mente adulta. Las músicas de preferencias pertenecen por lo general a géneros y estilos populares: rock, pop, hip hop, punk, hardcore, heavy metal, funk, indie rock, grunge, rap, electrónica, house, reggaeton, emotiva, etc. Y suele existir un conocimiento muy preciso y detallado, a veces enciclopédico, acerca de estilos, bandas, artistas y movimientos. Al respecto existen investigaciones que sostienen que manifestar gustos eclécticos funcionan como indicadores de salud, ya que evidenciaría la existencia de flexibilidad en sus reacciones e identificaciones (McFerran, 2010, p. 62). De allí que un musicoterapeuta que desee trabajar con adolescentes, acierta McFerran, necesite conocer el repertorio popular contemporáneo, poder tocarlo y disfrutar con la música que suena actualmente en las radios.

Resulta muy interesante, en este sentido, preguntarse cómo se genera una predilección musical. Es decir, cuál es la génesis de los elementos que constituyen la “historia sonoro-musical” del paciente. Hargreaves y North (2010) explican un factor de notoria relevancia para la práctica terapéutica. Además de los contenidos autobiográficos, contextuales y culturales que hacen que una canción, estilo, banda o cantante se vuelva significativo para una persona, ellos comentan que existe una explicación fisiológica para la creación de las preferencias musicales.

Según los investigadores británicos, aquellos estímulos musicales que se constituyen en elementos preferidos de la subjetividad, son aquellos que producen de manera regular una activación fisiológica (*physiological arousal*) de nuestro sistema nervioso autónomo, generando fenómenos como, por ejemplo, cambios de frecuencia cardíaca y respiratoria; contracción y dilatación de vasos sanguíneos; calofríos y piloerecciones; cambios en el ritmo digestivo; aumento de salivación y sudor; alteración de la excitación sexual; dilatación de pupilas; etc.

De este modo, el “gusto” por una música específica, implica un tipo particular de relación físico-emocional que cada persona muestra con ella. Debido a la recurrencia en el apareamiento de una cierta sensación o emoción (cada vez que se escucha tal canción, por ejemplo) se va constituyendo una subjetividad sonoro-musical, con la cuál trabaja directamente el musicoterapeuta. Cabe notar, por último, que esta activación fisiológica propia de cada individuo puede justificar en términos materialistas el concepto de “placer estético”, uno de los elementos nucleares de las experiencias musicales con las que trabaja clínicamente la musicoterapia. Conocer y compartir las preferencias musicales del adolescente, podemos afirmar, significa tener a disposición clínica diversos activadores físico-emocionales que pueden darle dinamismo a un proceso terapéutico.

c.- Adolescencia y Subjetividad Digital

Así como la *actualidad* de la producción y la industria musical influencia en gran medida las preferencias musicales de los adolescentes creando un repertorio popular que será el manual de trabajo para el musicoterapeuta, así también la actualidad expresa su poder constitutivo de identidad mediante una influyente “subjetivación digital” (Amador 2010; Giraud 2015) que envuelve a las generaciones que cursan su adolescencia en la época de las redes sociales, el

internet y los dispositivos tecnológicos. Acaso nunca fuera tan profundo el impacto de la tecnología en la conformación de subjetividad como en el tiempo presente, en el cuál las posibilidades de la *virtualidad* extienden y problematizan el desarrollo psicosocial de los jóvenes, quienes son ya “nativos digitales”. Facebook, Twitter, Blogs, Whatsapp, juegos de realidad virtual, realidad expandida e Internet no son simplemente herramientas o dispositivos externos de los cuáles los sujetos, en particular, los jóvenes, puedan hacer uso y luego olvidar. Por el contrario, es de notar la gran influencia que poseen los aparatos tecnológicos (*smartphones*, *tablets* y computadores), al incentivar que el adolescente (y muchos niños y adultos también) esté siempre “conectado”, disponible todo el tiempo a un contacto social virtualizado.

Por otra parte, las redes sociales fomentan una actitud generalizada (propia de la subjetividad digital actual), en donde es común *mostrar a otros* una imagen idealizada de sí. Ya sea a través de la belleza o el atractivo corporal (fotos de perfil que exhiben cuerpos en actitudes o poses sexualizadas), la popularidad implícita en las imágenes sociales (fotografías en grupos), las opiniones ideológicas (a través de comentarios virtuales a noticias contingentes), los gustos personales (fútbol, música, libros, series de televisión, etc.); se desplaza de manera subrepticia un constante deseo de reconocimiento social y aprobación pública. Zuckerberg, el creador de Facebook, evidentemente convirtió dicha necesidad de reconocimiento en un dispositivo virtual en donde se cuantifica la aprobación social medida en cantidad de “me gusta” recibidos.

En este sentido, los adolescentes de hoy han mutado su subjetividad, añadiendo a ella una capa “digital” o “virtual” que reconfigura el sentido de sí e incluso el sentido de la realidad, puesto que para la subjetividad digital adolescente en muchas ocasiones la realidad *on line* presenta un grado de verdad similar a la vida *off line*, aquella vida mediatizada por relaciones

corporales que se desarrolla en el espacio del hogar, el colegio o el barrio. Más aún, la distinción entre una vida “real” y vida “virtual” va perdiendo sentido, cada vez que los dispositivos tecnológicos se integran y se superponen a la vida cotidiana, cuyo mayor ejemplo actual es quizás la realidad expandida.

Así, los “dispositivos” tecnológicos, en realidad, no son simples aplicaciones tecnológicas, sino dispositivos de subjetivación interna. Subjetivan al adolescente cada vez que ellos canalizan la necesidad de comunicación o vínculo con un otro (fundamental en la clínica musicoterapéutica) a través de la conversación por chat o interacción por videojuegos, o bien mediante la publicación en Facebook, Twitter o Instagram de imágenes, estados de perfil o comentarios. El grado o tipo de reconocimiento recibido según los “me gusta”, otros comentarios o etiquetados, subjetiviza al adolescente al devolver un espejo de su “valor social” que produce gratificación o bien tristeza, y funciona como un pacto implícito de *amistad* o *atracción sensual* por otro, o bien como su negación. A lo anterior, cabe agregarse que la “pérdida de la corporalidad” (Gagliano 2005) propia de este tipo de interacción en donde el “cuerpo” es imagen o escritura, propicia que muchos adolescentes más tímidos o con dificultades o trastornos en la comunicación, utilicen (y sobreutilicen) las redes sociales para sentirse integrados a un mundo social de pares sin las dificultades que supone la comunicación cuerpo-a-cuerpo. En este sentido, las redes y la virtualidad suplen mediante otras formas de comunicación, la carencia o déficit de habilidades sociales-corporales. En una visión *naïf*, las relaciones virtuales parecieran ser más seguras. No obstante, existe también el riesgo de verse reconocidos de manera insuficiente o derechamente denigrados, siendo el extremo de esto el conocido fenómeno de *Cyberbullying*.

d.- Adolescencia, Escuela y (Cyber)Bullying

Uno de los espacios tradicionales de socialización y formación en la vida del adolescente es la escuela. Como toda institución en donde circula el “poder disciplinar”, en el sentido foucaultiano, la escuela moderna opera como un sistema de control y agresión entre sus distintos actores: estudiantes, profesores, directivos, auxiliares, apoderados. El fenómeno de *bullying* constituye en específico *uno* de los tipos de agresión propios del contexto escolar, pero no es el único. El *bullying* se caracteriza principalmente por:

Connotar un comportamiento agresivo o el acto intencional de **hacer daño** a algún/a otro/a, que se lleva a cabo de **forma constante** durante un período de tiempo y en el cual existe una relación interpersonal caracterizada por una **asimetría de poder**. (<http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=194860&es=205358>).

De este modo, un acto de agresión eventual y única no constituye *bullying*. Tampoco lo son las peleas entre compañeros o grupos que poseen similar fuerza y poder. El hostigamiento del agresor a la víctima debe ser permanente en el tiempo y utilizar diversos soportes, los cuáles suelen entremezclarse. Figuran así soportes físicos (golpes, empujones, robos); soporte verbal (insultos, amenazas); soportes relacionales o indirectos (exclusión social, rumores difamatorios) y soportes digitales (agresiones vía web, celulares, *ciberbullying*) (ídem). Respecto de este último, se entiende como “acoso entre iguales en el entorno TIC, e incluye actuaciones de chantaje, vejaciones e insultos de niños a otros niños” (<http://www.ciberbullying.com/cyberbullying/que-es-el-ciberbullying/>)

Cabe notar que para realizarse el *bullying*, es recurrente tanto la omisión de otros estudiantes no agresores acerca de los hechos de violencia, como también, en variadas ocasiones, la inacción de los mismos profesores, quienes no se hacen responsables del fenómeno o, peor aún, en ocasiones participan por otros medios en el hostigamiento a un estudiante.

Las “víctimas” de *bullying*, son sujetos a quienes se les “marca la ausencia de una característica o condición esperada o la presencia de otra que no es socialmente valorada” (idem). De modo que cualquier sujeto puede ser víctima de *bullying*, dependiendo del contexto y la cultura en el cuál se sitúe. Culturas más inclusivas e integradoras, se supone que debieran presentar menor o nulo grado de *bullying* al valorar las diferencias en forma positiva.

Las consecuencias de recibir *bullying* abarcan tanto el plano físico (moretones, heridas, fracturas, etc.) como psicológico (depresiones severas, trastornos de ansiedad, estrés post traumático, etc.) y es habitual que perduren en el tiempo, pudiendo incluso llegar al suicidio.

Cabe finalizar, agregando que tal como indican las cifras, el *bullying* es un problema *real* y transversal a la institución escolar, independiente del país, tamaño del colegio, diversidad cultural, nivel socio-económico o dependencia educacional del colegio. Según la última encuesta nacional de violencia escolar realizada por el ministerio del Interior de Chile en el año 2007, “el 10,7% de los estudiantes reportan haber sufrido *bullying* de parte de sus compañeros, presentándose un 7,6% en colegios particulares, un 9,8% en subvencionados y un 12% en municipales” (<http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=194860&es=205358>). Por su parte, una encuesta mundial de la OMS sobre violencia y salud de estudiantes chilenos (13 a 15 años), indicó que “un 42% de las mujeres y un 50% de los varones reportan haber sufrido *bullying* en los últimos 30 días, en un contexto en que el reporte de los demás países fluctuaba entre el 20 y el 65%”. (idem)

e.- ¿Trastorno del Espectro Autista o Síndrome de Asperger?

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurológica y de desarrollo que se inicia en la infancia y permanece toda la vida. En el DSM V, el TEA es parte de los

“trastornos del desarrollo neurológico”. El TEA afecta el modo en cómo una persona se comporta, se comunica, interactúa con otros y aprende. Es habitual la dificultad para establecer comunicación verbal y no verbal (por ejemplo, rehuir miradas), dado un sobre-centramiento en un mundo propio e individual, y un escaso intercambio emocional. (<https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html>)

Mientras que en el DSM IV se reconocía el “Síndrome” o “Trastorno” de Asperger” como un tipo de patología propia y diferenciada del autismo, aunque también parte de los “Trastornos Generales del Desarrollo”; llama la atención que en el DSM V el Síndrome de Asperger desaparezca como una entidad psiquiátrica diferenciada y se le asimile al concepto “nuevo” y más general de “trastorno del *espectro* autista” (TEA), en cuyo interior se reúnen diversas entidades psiquiátricas.

El trastorno del espectro autista es un trastorno nuevo del DSM-5 que abarca el trastorno autista (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otra categoría que antes figuraban en el DSM-IV. (DSM-5, 2014, p. 53)

Cabe notar la notoria diversidad de patologías psiquiátricas agrupadas e indiferenciadas ahora bajo el amplio trastorno del “espectro” autista. De este modo, para diferenciar los signos y síntomas el DSM V, recurre a tablas con “niveles de gravedad” del espectro autista, a saber, Grado 1: “Necesita ayuda”; Grado 2: “Necesita ayuda notable”; Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”, los cuáles se consideran en relación al nivel del desarrollo del paciente y la edad cronológica del mismo.

Los criterios principales que componen el TEA según DSM V (2014) son: el deterioro persistente de la comunicación e interacción social recíproca (A); la presencia de patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (B); la aparición de dichos síntomas desde la primera infancia (C); y la limitación o impedimento del funcionamiento cotidiano (D).

Tabla nº1: Criterios Diagnósticos del TEA - DSM V (p. 50)

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

En relación al caso del paciente aquí elaborado, resulta significativo enfatizar dentro del criterio diagnóstico la posible existencia de un interés social reducido, atípico o nulo, el cuál se manifiesta por el rechazo a otras personas, un trato poco apropiado (agresivo o destructivo) o la pasividad. A diferencia de los niños con TEA (en donde muchas veces no existen los juegos sociales), los adolescentes y adultos con TEA pueden tener problemas para entender los comportamientos apropiados según el contexto (formal o informal, por ejemplo); puede existir preferencia por actividades solitarias o interacciones con personas mucho más pequeña o mayor; y, por último, dificultades para establecer amistades dado que no poseen una “idea completa o realista de qué supone una amistad” (2014, p. 54), en particular, por la baja reciprocidad que suelen demostrar.

Por su parte, los criterios diagnósticos debe complementarse con los niveles de gravedad del TEA, los cuáles varían en relación al grado de ayuda que las personas con TEA requieren. A continuación la tabla explicativa:

Tabla n°2: Niveles de gravedad del TEA (DSM V, p. 52).

Nivel de Gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesidad ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.

<p>Grado 2 “Necesita ayuda notable”</p>	<p>Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal. Problemas sociales obvios, incluso con ayuda <i>in situ</i>; inicio limitado de interacción sociales y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.</p>
<p>Grado 1 “Necesita ayuda”</p>	<p>Sin ayuda <i>in situ</i>, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntrico y habitualmente no tienen éxito.</p>	<p>La inflexibilidad el comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.</p>

El paciente en el cuál se basa la presente monografía y práctica profesional fue diagnosticado por la psiquiatra en términos del DSM IV como un adolescente con Trastorno General del Desarrollo, específicamente, con Síndrome de Asperger, dada la dificultad para la comunicación, el intercambio emocional y la fijación en temas u objetos. En términos del DSM V, corresponde a un adolescente con trastorno del espectro autista en Grado 1 “necesita ayuda”, complementa la psiquiatra.

Para finalizar, cabe mencionar que las principales diferencias entre DSM-IV y DSM-V en relación al Síndrome de Asperger y al Trastorno Autista radica en que si bien ambos comparten los 4 criterios (A, B, C y D), el DSM-IV reconoce al menos dos diferencias relevantes en la caracterización del Síndrome de Asperger, a saber: 1) A diferencia del autismo, en el Síndrome de Asperger no existen retrasos cognitivos ni lingüísticos clínicamente relevantes (2002, p. 81), y

2) A diferencia del autismo, el déficit social o la ausencia de reciprocidad social se manifiesta mayormente por un “acercamiento social de carácter excéntrico y unilateral (p. ej. mantener un tema de conversación a pesar de las reacciones de los otros) más que una indiferencia social o emocional” (2002, p. 82). Por su parte, la psiquiatra diferencia entre autismo y asperger, en base al nivel de intensidad de los mismos síntomas, siendo así el asperger, dicho llanamente, un autismo suave.

Quisiera agregar que en esta monografía se preferirá el uso desactualizado de “Síndrome de Asperger” puesto que la connotación cultural que trae el término “autismo”, me parece que desvía la comprensión común hacia un terreno distinto que el observado en JD. En este sentido, por mucho que reniegue su constitución *cultural*, el discurso psiquiátrico está afecto a ella. De modo que la determinación de las “patologías”, me parece, no son atributo que el discurso psiquiatría pueda definir en aislación a la recepción de los términos por parte de la comunidad general. Esto se percibe fácilmente en la reacción diversa que los padres tienen cuando le dicen que su hijo “tiene Autismo” (o TEA en grado leve) versus a que su hijo “tiene Asperger”. Simplemente, me parece que no es lo mismo a nivel cultural.

II.- Teoría Musicoterapéutica

La teoría de la intersubjetividad presenta un extenso recorrido en filosofía, sociología, psicología y estética. Como su nombre lo indica, se refiere a los fenómenos que ocurren en el campo de intersección entre dos subjetividades, o al tipo de interacción posible entre dos mundos subjetivos distintos (Benjamin, 1990, p. 34). La teoría intersubjetiva plantea que el “otro” debe ser reconocido como otro sujeto para que pueda experimentar su subjetividad, tanto sólo como en presencia de otro, de forma que pueda desarrollarse hasta alcanzar un estadio de autonomía. En este sentido, todo sujeto tiene tanto necesidad y deseo de reconocimiento (en sus múltiples formas) como capacidad para reconocer a otros también un tipo de necesidad y deseo; de allí entonces que el concepto de reconocimiento constituya el núcleo moral y conceptual de la noción de intersubjetividad, ya que es el reconocimiento que se brindan constantemente los sujetos aquello que los constituye en términos de valía personal (confianza de sí, respeto de sí, estima de sí), como sostienen, entre otros, Honneth (1997; 2009; 2010) y Benjamin (1990; 2002).

La intersubjetividad y el reconocimiento figuran en la literatura filosófica desde Hegel, Husserl y Fichte, arriba a la sociología vía Jürgen Habermas y Axel Honneth, dentro de la llamada Escuela de Frankfurt, y a la psicología vía Georg H. Mead, siendo progresivamente desarrollado por D. Stern (2005), J. Benjamin (1990; 2002), Tronick (1998), entre otros. También influencia al campo del arte, por ejemplo en la “Estética Relacional” (Bourriaud 2006), y, en lo que nos aboca, arriba directamente en la Musicoterapia. Respecto de este último campo de conocimiento, cabe notar la gran influencia teórica de los conceptos de intersubjetividad, en el trabajo de musicoterapeutas como Kim, J., (2006); Schumacher & Calvet, (2007 a y b);

Benavides & Orrego, (2010); Raglio, Traficante & Oasi, (2011); quienes definen explícitamente sus técnicas y modelos como modelos “intersubjetivos”².

En lo sucesivo serán comentados brevemente las ideas principales de la intersubjetividad y el reconocimiento, principalmente en Stern (2005) y Benjamin (1990; 2002), y su modo de “arribar” y reformularse en el campo musicoterapéutico, tomando a Schumacher (2007a; 2007b) y a Raglio (2011) como posibles lugares de arribo (mas no únicos). Lo que sostendré a continuación presenta una pequeña hipótesis implícita, a saber, que la musicoterapia es por definición una práctica relacional, es decir, intersubjetiva. Por lo tanto, se propone la idea de que la intersubjetividad no debe concebirse como una teoría externa que un “modelo” de musicoterapia considera más que otros; sino, antes bien, como una dimensión que ya constituye el quehacer profesional del musicoterapeuta y, por tanto, compromete su episteme, más allá de una posterior división en modelos. En términos llanos, planteo que sin teoría intersubjetiva resulta incomprendible la *episteme* de la musicoterapia; y, seguidamente, sin intersubjetividad puesta en práctica con el paciente(s) no ocurre la musicoterapia, sino otro tipo de actividad vinculada con la música. Expresado en terminos afirmativos, quisiera formular a la musicoterapia como un tipo de performance intersubjetiva/intercorporal cuyo norte es promover/restaurar/mantener un cierto bienestar mediante el uso estético de sonidos y música.

² En dichos autores intersubjetivos, no obstante, no suele figurar la noción de “reconocimiento” en su sentido teórico ya mencionado. Sin embargo, como se ha señalado, el reconocimiento constituye la acción más relevante de la intersubjetividad. De manera que es totalmente posible, sin fricción epistemológica, asumir la presencia implícita del reconocimiento cada vez que dichos autores hablan de intersubjetividad. Así, los niveles de “intersubjetividad” que proponen las escalas de Schumacher (2007a; 2007b) y Raglio (2011), pueden entenderse simultáneamente como maneras de reconocimiento, o niveles de intensidad del reconocimiento intersubjetivo.

a) La intersubjetividad en la psicología del desarrollo y el psicoanálisis relacional: un esbozo de Daniel Stern y Jessica Benjamin.

Stern (2005) intenta unir el camino de la psicología del desarrollo con los aportes de la teoría sicodinámica, para lograr pensar la manera en que se produce y desarrolla el *self* o el “sentido de sí-mismo” durante los primeros años de vida. El sí-mismo es concebido como el centro de la experiencia subjetiva y comprende el sentido de ser: un cuerpo único, distinto e integrado; agente de acciones; experimentador de sentimientos; portador de intenciones; arquitecto de planes; etc. En términos de Stern (2005), el sí mismo refiere

[U]n patrón constante de percatación, que aparece sólo con las acciones o procesos mentales del infante. Un patrón constante que es una forma de organización. Es una experiencia subjetiva organizadora, es el equivalente preverbal, existencial, del sí mismo observable, auto reflexivo, organizable. (p. 18)

El autor distingue cuatro fases sucesivas del sí-mismo: sí-mismo emergente (0 -2 meses); sí-mismo nuclear (2-6 meses); sí-mismo subjetivo (7-15 meses) y sí-mismo verbal (15-18 meses).³ En este contexto es importante enfatizar dos aspectos. En primer lugar, Stern sostiene que, a diferencia de las teorías del desarrollo psicológico tradicionales (Piaget) o psicoanalíticas (Freud), cada sentido del sí-mismo, una vez constituido, continúa creciendo y co-existiendo a lo largo de la vida. Antes que “etapas”, constituyen *dimensiones fundamentales* de la experiencia subjetiva durante todo el ciclo vital. De allí que sea pertinente retomarlas para pensar también en la subjetividad adolescente.

³ Como sintetiza Benavides y Orrego (2011): “1. *El sentido del sí mismo emergente*: la orientación de metas para asegurar las interacciones sociales. (8 semanas de vida). 2. *El sentido del sí mismo nuclear*: el reconocimiento de la madre como un otro separado de sí mismo. (2 a 6 meses). 3. *El sentido del sí mismo subjetivo*: En esta etapa se reconocen estados mentales subjetivos tales como los sentimientos, motivos e intenciones. Estos se convierten ahora en contenidos de relación. (7 a 9 meses). 4. *El sentido del sí mismo verbal*: El infante desarrolla un conocimiento que “puede objetivarse y traducirse en símbolos que transmiten los significados que han de comunicarse, compartirse e incluso crearse mediante la negociación recíproca que permite el lenguaje”. Este dominio de relacionamiento verbal, reposa en un nuevo conjunto de aptitudes: para objetivar el sí mismo y comprender y producir lenguaje. (9 a 18 meses)”. (pp. 231-232)

En segundo lugar es fundamental notar el énfasis que realiza Stern en la figura de un otro (madre o cuidador) como condicionante del surgimiento y la evolución de cada uno de los sentidos del sí-mismo. Es por esto que su mirada compromete una fuerte visión-perspectiva intersubjetiva. Por cierto, cabe adelantar desde ya que desde un enfoque clínico, será el terapeuta el convocado a cumplir el rol intersubjetivo de encarnar esta otredad.

El sí-mismo del niño se va construyendo en la medida que un otro le ofrece las posibilidades para que éste se experimente en cada fase evolutiva, tanto pre-verbal como verbal. De ahí entonces la gran importancia que revisten acciones “simples” y de radical importancia tales como: i) *sostener una mirada*, ii) *compartir la atención en torno a un objeto común*, iii) *moverse en un mismo ritmo de modo sincrónico*, y iv) *compartir afectos y deseos*. Todos estos son fenómenos comunicativos claves de la intersubjetividad, y como fuera explicado en el apartado anterior, cuando se ven alterados o ausentes producen un daño significativo en el *self*.

Muy próxima a esta línea teórica, Jessica Benjamin (1990; 2002) integra las contribuciones de D. Stern y D. Winnicott, para formular un modelo clínico en base a la intersubjetividad y el reconocimiento, dentro de lo que se denomina el psicoanálisis relacional. Ahora bien, no interesa tanto detallar dicha escuela psicoterapéutica (cuyo epíteto “relacional” recae justamente en la preferencia por profundizar en lo inter-síquico antes que lo intra-síquico, como se le atribuye en tono crítico a Freud), como explicar el modo de comprender la intersubjetividad mediante los términos de i) terceridad, ii) reconocimiento y iii) ritmicidad. Hecho este ejercicio, se comprenderá fácilmente la valiosa contribución de su enfoque terapéutico para la musicoterapia.

Para Benjamin la intersubjetividad entendida como el espacio común entre al menos dos subjetividades tiene en su centro la idea de reconocimiento. Como decíamos, para que se genere

una subjetividad, un devenir del *self*, la operación psíquica fundamental radica en reconocer y ser reconocido por otros. Dicha operación supera el ámbito de lo cognitivo, y se inscribe en un plano anterior y más fundamental, de tipo emocional y corporal. Como es usual, la mayoría de los estudios en psicoanálisis apuntan al reconocimiento en la díada madre-hijo o bien cuidador-hijo, la cuál consideran de cierto modo análoga a la relación entre terapeuta-paciente; y sostienen que, por ejemplo, la madre reconoce los gestos del bebé y se “sincroniza” (diferente a imitación o “mímesis”) con estos para así atender sus necesidades físicas y emocionales. Al hacer esto, el bebe logra adquirir un sentido primero de sí mismo (desde lo más emocional y físico a funciones mentales avanzadas). Es decir, al ser reconocido por otro, el *self* se reconoce progresivamente a sí mismo, simultáneamente se *descubre* y se *crea*.

De este modo, tanto el desarrollo del infante como el curso de una terapia transitan por momentos de afirmación de reconocimiento, de negación o postergación de reconocimiento, y de recuperación de reconocimiento. Es en esta dinámica, entre el quiebre de reconocimiento y su recuperación, en donde ocurre precisamente lo terapéutico. De allí que sea objeto de estudio de un proceso terapéutico el cómo funciona la adaptación mutua, cómo se negocia la diferencia, y si acaso se respetan las necesidades, límites y capacidades de la otra persona (Benjamin, 2002, p. 49).

Es en este sentido que la relación o el vínculo adquiere importancia por sí mismo, adoptando un cierto tipo de relativa autonomía en su modo de suceder con respecto a la presencia de las dos subjetividades (paciente y terapeuta). Es decir, ambos contribuyen a su formación, pero ninguno puede controlarla por sí solo. Es a esto a lo que Benjamin llama “terceridad”, para pensar el devenir de la relación en sí misma, no como una “entidad”, sino como un patrón rítmico co-creado hacia el cuál ambos se entregan. Desde la musicoterapia, resulta muy

interesante la vinculación íntima que Benjamin hace del reconocimiento intersubjetivo con la ritmicidad y la capacidad de sincronización.

Pienso en la terceridad como algo similar a seguir un tema común en la improvisación musical. Ogden (1994) usó la idea de un tercero psicoanalítico para significar a la relación psicoanalítica como una entidad, un tercer sujeto generado como un término medio sostenido por el analista y el analizado como dos sujetos separados (...) Yo considero al tercero como la estructura rítmica de patrones que dos o más compañeros crean de manera simultánea y a la cuál se entregan. Tal como las experiencias transicionales (en Winnicott), tiene la cualidad paradójica de ser inventada y descubierta. Como en la improvisación musical, pueden haber sorpresas pero existe una llave, un tono y una ritmicidad; los patrones pueden cambiar pero no arbitrariamente. (ídem)⁴

Complementa Benjamin aseverando que la “ritmicidad es un tipo de encarnación del reconocimiento y en este sentido es que funciona para mantener juntos a sistemas complejos”⁵ (2002, p. 44). En cuanto esto ocurre, es decir, en cuanto dos sistemas individuales y aislados (padre/hijo; terapeuta/paciente) entran en un ritmo común, se genera un sistema complejo que posee un mayor nivel de coherencia, complejidad, en términos informacionales / cognitivos; y en términos afectivos/energéticos (2002, p. 52). Como ejemplo de ritmo común menciona la autora al “ritmo cardíaco” (2002, p. 49). De allí que el ritmo y la sincronía, expresión concreta del reconocimiento intersubjetivo, permitan aumentar o promover un estado de bienestar y de potencial desarrollo tanto para el paciente como para el terapeuta.

En su anverso, se puede entender la patología como la imposibilidad de entrar en reconocimientos intersubjetivos, cayendo bien en una extrema autosuficiencia que conduce a la

⁴ Traducción personal del texto original: “I think of thirdness as akin to following a shared theme in musical improvisation. Ogden (1994) has used the idea of the analytic third to mean the analytic relationship as an entity, a third subject generated as a middle term sustained by the analyst and analysand as two separated subjects (...) I think of third as something like the rhythmic structure or pattern that two or more partners simultaneously create and surrender to. Like transitional experience, it has the paradoxical quality of being invented and discovered. As in musical improvisation, there can be surprises but there is a key and a rhythmicity ; patterns can change but not arbitrarily” (Benjamin, 2002, p. 49)

⁵ Traducción personal del texto original: “Rhythmicity as a kind of incarnation of Recognition and the way it functions to “hold together” complex systems” (Benjamin, 2002, p. 44).

aislación, o bien en una desmedida dependencia de reconocimiento del otro (por ejemplo, en la búsqueda patológica de un estado de fusión con otro). Por tanto, la patología se entiende básicamente como un quiebre de la necesaria *tensión* de reconocimiento, la cuál nos permite mantener un estado de autonomía y vínculo con otro, quizás posible de llamarse inter(in)dependencia. Enfermar se puede entender así como la entrada en una “sintonía negativa”, que a decir verdad, resulta un fenómeno sumamente común.

Los seres humanos pueden estar impresionantemente fuera de sintonía con respecto a lo que hacen o deben hacer, o lo que sería mejor dejar de hacer. Sus mentes y deseos pueden violar patrones o rechazar unirse a patrones u oponérselos... Lo que a menudo se ve confrontado es la falla para recuperar el reconocimiento, para negociar la diferencia. Los humanos se vuelven incapaces de leer patrones; ellos quizás tengan alexitimia o están cargados de culpa. Además, parecen aptos para dispersarse en arritmias o ritmos negativos, como en la interacción de correr y esquivar, la cuál revela una sincronía negativa. (Benjamin, 2002, pp. 50-51)⁶

Para finalizar esta breve pasada por Benjamin, resulta muy sugerente notar esta operación que va desde lo intersubjetivo hasta directamente el ritmo y la improvisación musical, en especial dado el marcado énfasis en la palabra del psicoanálisis. En efecto, Benjamin está citando la *improvisación musical* como una forma paradigmática y nítida de concebir la ocurrencia de la intersubjetividad, dada la prioridad en ella de los patrones rítmicos compartidos y espontáneos. Como sostiene la autora: “En la música nosotros reconocemos la necesidad de sintonizarnos (*attunement*) al otro como asimismo a un tipo de estructura más profunda” (2002, p. 49). Arribamos así desde la intersubjetividad y el reconocimiento de D. Stern y J. Benjamin, hasta el terreno propio de la musicoterapia.

⁶ Traducción personal del texto original: “[H]umans can be amazingly out of synch with what they have to do, or should do, or would be better off doing. Their minds and wills can violate patterns or refuse to join patterns or oppose them (...) Thus, what we often are confronted with is the failure to regain recognition., to negotiate difference. Humans can become incapable or reading patterns; they may be alexithymic or guilt ridden about them. Furthermore, they seem able to entrain to arrhythmias or negative rhythms, as in the chase-and-dodge interaction, wich reveals a negative synchrony. (Benjamin, 2002, pp. 50-51).

b) Intersubjetividad, Musicoterapia y Síndrome de Asperger-TEA

Al pensar en los investigadores de musicoterapia que siguen de cerca la línea intersubjetiva, no puede evitar nombrarse al menos a Schumacher & Calvet (2007a; 2007b); así como a Kim (2006); Raglio, Traficante & Oasi (2011); Benavides & Orrego (2010) o, de forma un poco más indirecta, a Kim, Wigram & Gold (2008) y a Saa (2014).

Es de notar la recurrencia en las investigaciones intersubjetivas respecto al estudio y trabajo con niños con Asperger o TEA. De modo general la musicoterapia intersubjetiva aplicada al Espectro Autista investiga: contacto ocular, la toma de turnos y entonamiento afectivo o sintonización afectiva –*affect attunement*- (Kim et al, 2008); acción, atención y preocupación conjunta (Benavides & Orrego, 2010); inter e intra sincronidad (Schumacher & Calvet, 2007a y 2007b); y nivel de intensidad en la comunicación no verbal y en la comunicación sonoro-musical (Raglio et al, 2011). Es decir, la musicoterapia intersubjetiva en el espectro autista presenta como objetivos generales fomentar aquellas actitudes y comportamientos que desarrollan la dimensión social del paciente -como las ya mencionadas-, dado que esto conlleva, tal es la premisa, al desarrollo de su *self*. La alta efectividad del uso de la improvisación en musicoterapia (mayor que el uso de juegos con niños con Asperger o TEA) ha sido documentada por Kim et al (2008); Benavides & Orrego, 2010; Raglio et al, 2011; y es explicada a causa de las posibilidades de estabilidad (estructura predecible) y de flexibilidad (espontaneidad) que esta práctica estética propicia.

La interacción musical improvisatoria puede aumentar la flexibilidad y creatividad en un marco estructurado para aquellos niños que no pueden fácilmente adaptarse por sí solos a la impredecibilidad de la vida diaria. Por esto, la música improvisada en relación a la expresión musical y no musical del niño es un forma ideal para trabajar asuntos de control y rigidez con estos niños. (Kim et al, 2008, p. 1764)⁷

⁷ Traducción personal del texto original: “The possibilities for stability (predictable structure) and flexibility (spontaneity)... Improvisational musical interaction can foster flexibility and creativity in a structured framework for those children who cannot readily adjust themselves to the unpredictability of daily life. Therefore improvised

A nivel metodológico, los enfoques mencionados investigan el nivel y la calidad de la relación intersubjetiva, utilizando para ello microanálisis de las sesiones compuestas por rigurosas pautas de evaluación (además de procedimientos randomizados y aplicación del tratamiento en grupo intervenido y en grupo control). Cabe mencionar así, los ocho Modos de relacionamiento de la escala AQR de Schumacher (en Benavides 2010), que van desde la ausencia al contacto hasta el encuentro afectivo, subjetivo, interactivo y verbal.

Tabla nº3: Los Ocho Modi de la Escala AQR (K. Schumacher 2007a).

Modus 0	(Aparente) Ausencia de contacto, contacto resistente.
Modus 1	Contacto-Respuesta.
Modus 2	Contacto sensorial funcional.
Modus 3	Contacto consigo mismo, sentido de sí mismo, autopercepción.
Modus 4	Contacto con el otro (Inter-Subjetividad)
Modus 5	Relación con el otro (Inter-Actividad)
Modus 6	Encuentro (Inter-Afectividad)
Modus 7	Verbalización/Reflejo.

Por su parte, Raglio et al (2011) diseña una herramienta de evaluación (MTRS) específica para medir el progreso de la intersubjetividad, la cuál se basa en el cálculo del promedio general del nivel de intensidad entre 5 niveles posibles de comunicación no verbal y 5 niveles posibles de comunicación sonoro-musical, medidos en un intervalo de quince segundos. Su objetivo consiste en construir un método que permita estandarizar formas de evaluación para ser replicado en

music in relation to the child's musical and non-musical expression is an ideal way to work through issues of control and rigidity with these children". (Kim et al, 2008, p. 1764)

futuras investigaciones musicoterapéuticas de manera que se construya evidencia comparable, objetivable y de estándar científico.

Tabla n. 4: Escala MTRS de Raglio et al (2011)⁸

RELACION NO VERBAL (RNV)	RELACION SONORO MUSICAL (RSV)
O: Distancia física, ausencia de mirada al otro y/o retraimiento corporal.	0: Ausencia de producción sonoro-musical.
1: Distancia física y presencia de mirada conjunta.	1: Producción sonoro-musical individual.
2: Cercanía física, ausencia de mirada conjunta y/o rechazo corporal al otro.	2: Producción sonoro-musical desintonizada.
3: Cercanía física, reciprocidad al mantener la postura frente a frente y/o mirada conjunta.	3: Producción sonoro-musical sintonizada, estatismo, imitación.
4: Reciprocidad al mantener la postura frente a frente, mirada conjunta, sonrisas, expresiones, involucramiento corporal.	4: Producción sonoro-musical sintonizada, dinamismo, variaciones de los parámetros sonoro-musicales y de la estructura.

Es de notar que en ambos métodos (Schumacher y Raglio) la evolución o el “progreso” terapéutico se entiende como el aumento de frecuencia y la duración de los momentos de contacto o “afinación afectiva” expresada en la producción musical y corporal.

En la presente monografía se utilizará la tabla MTRS (RNV / RSV), dada la utilidad y pertinencia de la tabla para analizar las interacciones con el paciente tratado. Eventualmente, también serán utilizadas algunas categorías de Schumacher, pero en segundo plano debido a que parecieran ser más ilustradoras en casos de TEA más avanzados (efectivamente “autistas” en el sentido desactualizado del término) que el propio de la monografía y práctica profesional, en donde se presenta más bien un caso de Síndrome de Asperger.

⁸ Traducción personal. Texto Original en Raglio et al (2011). Ver Anexo nº 2.

c) Modelos de Musicoterapia: MT Músico-Centrada y procedimientos de elaboración verbal.

La pregunta por la *episteme* de la musicoterapia, es decir, su manera de producir y acceder a cierto tipo de conocimiento, figura recurrentemente en la literatura MT como un tópico central para varios teóricos de la disciplina (Schapira, Gauna, Brandalise, Aigen, entre otros). Su naturaleza bicéfala en el punto de intersección de las artes musicales y de las prácticas terapéuticas o de salud (tanto psicológicas como de rehabilitación física) plantea desafíos y cuestionamientos que no encuentran resolución única. Así, dentro de los modelos tradicionales de MT internacionales que existen (Modelo Bonny; MT orientada analíticamente de Priestley; MT Creativa de Nordoff-Robbins; Improvisación Libre de Alvin; MT basada en psiquismo creador (Fiorini); MT conductista –según Wigram (2005a), más las distintas evoluciones en los modelos de Benenzon, Riordon-Bruscia, Schapira, Brandalise, Aigen, Lee, etc.), encontramos diversas concepciones acerca de qué es y cómo se ejecuta la musicoterapia, las cuáles ponen distintos énfasis dentro de una comprensión relativamente compartida.

Los focos de énfasis y las diferencias entre los modelos, tienen que ver con los fundamentos filosóficos/psicológicos/médicos (más cerca del psicoanálisis, humanismo o conductismo), las aplicaciones clínicas, las dinámicas del proceso, las maneras de evaluar y la valoración que se le da a la música (música como terapia versus música en terapia, asunto que ya abordaremos).

No obstante, aquello que se comparte, además de las diversas técnicas musicales, es la concepción de la MT como “proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica del

cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta” (Bruscia, 1999, p. 7).⁹

La presente monografía se basa principalmente en el Modelo de MT Músico-Centrada propuesta por Aigen (2005) y Brandalise (2001 y 2003), entre otros, en cercanía a la MT Creativa de Nordoff-Robbins (Bruscia 1999; Wigram 2005a y 2005b). Sin embargo, considera también como relevantes, en igual medida, la interpretación o elaboración discursiva (verbal o pictórica) después de realizadas las experiencias estéticas musicales, tal como propone la MT Orientada Analíticamente (MOA) de Priestley y la MT improvisatoria de Alvin (Bruscia 1999; Wigram 2005a y 2005b). Además, se propone destacar la dimensión estética de la musicoterapia, como sugieren los enfoques Músico-centrados, tomando conceptos propios de la estética filosófica que se utilizan para comprender el arte contemporáneo (música, teatro y performance principalmente).

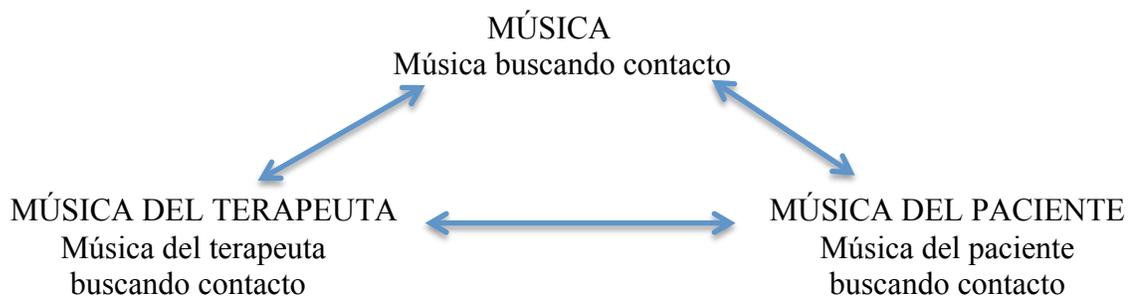
La MT Músico Centrada plantea que lo que caracteriza a la musicoterapia, es decir, aquello que podría constituir su *episteme*, se debe buscar fundamentalmente en el ámbito de lo sonoro-musical. Es la “música”, el discurso sonoro-musical que existe por sí mismo, y, a la vez, que existe en cada sujeto (identidad sonoro-musical), aquello que dota de especificidad a esta práctica clínica, puesto que se confía, además, en el potencial terapéutico propio de la música.

Por consiguiente, otros recursos terapéuticos (discurso verbal, expresión plástica y expresión dramática), si bien pueden utilizarse, poseen un carácter secundario en la terapia (concepto de “música en terapia”), ya que el núcleo de intensidad radica en compartir

⁹ A mayor precisión, Bruscia agregar a lo anterior: “El terapeuta ayuda al paciente a través de la valoración, el tratamiento y de la evaluación. Dentro de los aspectos del bienestar del paciente que pueden ser dirigidos por medio de la musicoterapia, se incluyen una gran cantidad de problemas o necesidades como pueden ser mentales, físicos o musculares, o sociales. En algunos casos abordamos estos problemas o necesidades directamente con música; en otros los afrontamos a través de las relaciones interpersonales que se desarrollan entre el paciente, el terapeuta y/o el grupo. (1999, p. 7).

experiencias musicales a partir principalmente de la improvisación (libre o referencial), la composición o la audición musical (concepto de “música como terapia”). Es, por tanto, lo Sonoro-Musical la vía de comunicación principal entre terapeuta y paciente. En este sentido es que Brandalise y Carpenente (2001, p. 31) plantean la existencia de tres agentes en la MT: terapeuta-paciente-música, los cuáles se articulan en un “triángulo” comunicativo, a saber:

Fig. nº 1: Triángulo de Carpenente y Brandalise.



Partiendo de la premisa de una intencionalidad en cada agente (“búsqueda de contacto”), el triángulo afirma que el paciente se “encuentra en la música” con el terapeuta (Brandalise, 2001, p. 31), y es en este terreno, desde donde se hace posible desarrollar una dinámica terapéutica. Dicho encuentro equivale, podríamos añadir desde nuestra lectura, a hablar de la “producción” (en clave materialista) o el “aparecer” (en clave fenomenológica) de una intersubjetividad sonoro-musical. En este sentido, continuamos interpretando, la dinámica terapéutica transita constantemente entre el encuentro y el desencuentro del otro, o bien, entre el reconocimiento y el desconocimiento del otro. Estos juegos dialécticos dan origen, a su vez, a una cadena de “reencuentros” con el otro, cada vez que se transita de la indiferencia al interés y la escucha del otro. Cada “retorno” del otro a un “nosotros” (diádico o grupal), entonces, implica el

reconocimiento de una faceta nueva que va expandiendo la subjetividad del otro. La meta, en este proceso, radica en poder *ser uno mismo en conjunto con el otro*, o “un ser sí-mismo-en-el-otro” (Hegel según Honneth, 1997, p. 118)

Se supone así que esta capacidad de *encuentro de sí en el otro*, podría transferirse a la realidad externa del *setting* terapéutico, es decir, a la vida diaria del paciente, en donde el “otro”, corresponde a los miembros de su familia, amigos, parejas, profesores, colegas, etc. De algún modo, el poder compartir en terapia, por ejemplo, una estructura de acordes y las emociones asociadas, ayudarían a que dicha conexión emocional con otro pudiese replicarse en la vida cotidiana, en ausencia de una interacción musical, siendo este proceso de transferencia un asunto muy relevante a ser investigado y evaluado caso a caso. En esta evolución del tratamiento brindado, cobra alta relevancia considerar si acaso el paciente necesitará prioritariamente terapia individual o grupal, o bien transitar de una hacia la otra.

Desde el enfoque músico-centrado se parte de la premisa de que la música tiene un potencial terapéutico en sí, en tanto que ella está construida para evocar y provocar diversas reacciones emocionales y cognitivas en quién la oye o la produce¹⁰. A nivel más específico, la

¹⁰ Ahora bien, es necesario realizar una consideración crítica respecto al “significado” de la música. El rol atribuido a la música como un “agente” en la tríada no debiese llevar a afirmaciones inflexibles y esencialistas respecto del valor y significado intrínseco de los elementos musicales, como ocurre, por ejemplo, en la adopción de ciertas nociones antropológicas de Rudolf Steiner en las cuáles se sustentaron Nordoff-Robbins. Por ejemplo, respecto al sentido de los “intervalos musicales”, sostiene Steiner que “con un tono único se tiene una experiencia interna de descanso e inactividad absoluta. Con una segunda menor hay una experiencia interna, pero con una agitación de movimiento y actividad dentro del yo. Con la segunda mayor la experiencia interna pasa a ser más activa e investigadora dentro de uno. Con la tercera menor, se empieza a encontrar un equilibrio interno que puede retroceder a una segunda mayor (...) Con la tercera mayor uno tiene tendencia a introvertirse, a carecer de presión para exteriorizarse. Con la cuarta perfecta (...) es el primer paso fuera del yo, un impulso inicial. Con la tríada hay ambigüedad y un malestar (...) La octava es la experiencia del ego que es capaz de adaptarse confortablemente en relación al mundo externo” (Bruscia, 1999, p. 31). En la presente monografía no se comparten dichas apreciaciones ya que estas avanzan sin cuidado desde un plano metafórico hasta un plano epistémico, es decir, desde expresiones poéticas hasta enunciados científicos (o con pretensión de verdad). Si todo tiene un significado dado, podemos cuestionar así ¿cómo sería posible comprender la multiplicidad de elementos y dimensiones que concurren en una experiencia musical, en donde sabemos que coexisten múltiples armonías, melodías, ruidos, silencios, gestos, atmósferas, etc..? La preeminencia de un modelo músico-centrado, por tanto, no debería llevar a la “sustancialización” u objetualización espiritual de los elementos constitutivos de la música, ya sean estos intervalos, acordes, notas, ritmos, pulsos, armonías, etc. Dicha acción corre el riesgo de instalarse como una verdad platónica,

MT músico-centrada concibe a la música como: una acción de fuerzas (Zuckermandl y Deleuze), como terapeuta principal, como contenedora de fuerzas esenciales, como parte de una instalación triangular, y como agente de la terapia (Brandalise, 2001, p. 22). De esta manera, lo que busca el terapeuta es capturar los “fragmentos de temas clínicos” (FTC), que son las fuerzas esenciales que expresan la identidad sonora del paciente (Brandalise, 2001, p. 31). Para esto es que utiliza diversas técnicas, entre las que figuran con mayor frecuencia la improvisación libre, improvisación orientada, recreación musical, y, con menor frecuencia, composición libre y audición musical (ídem).

Dichas técnicas, no obstante, no son privativas de este enfoque, sino co-extensivas a los diversos modelos. Su diferencia estriba en el sentido y la frecuencia con que se les utiliza. Dentro de las diversas técnicas musicoterapéuticas que fueron fundamentales para el caso aquí analizado en los capítulos venideros, figuran la improvisación libre, la composición y la audición musical. A continuación, referiremos brevemente las técnicas.

Según Wigram (2005b), la improvisación libre clínica cuyo norte generalmente se vincula con la empatía, puede darse en diversos modos, a saber: i.- imitación en espejo: hacer exactamente y al mismo tiempo lo que el cliente está haciendo a nivel musical, expresivo y corporal; ii.- imitación en semi-espejo: una variación a lo anterior, en caso que por razones técnicas sea imposible la copia exacta; iii.- imitación y copia: cuando se hace eco o retardo temporal a la respuesta del paciente; iv.- coincidir: cuando se improvisa música compatible o

es decir, como una esencia ideal que existe más allá de las culturas, el tiempo, los sujetos, los estados mentales y emocionales, y, por sobre todo, más allá de la particularidad de los vínculos intersubjetivos que actualizan las potencias terapéuticas de la música. De allí que se proponga en la presente tesis la preeminencia por el modelo MT Músico Centrado (con un énfasis marcadamente estético y con aportes de la MT Analítica), bajo el resguardo de no atribuir a los elementos específicos de la música significados universales y a-históricos, sino, a lo sumo, tendencias mayoritarias culturalmente contextualizadas, y, por sobre todo, valoraciones individuales que surgen a raíz de la participación en el momento efímero –el *evento*- en que ocurre una experiencia estética. En efecto, como veremos a continuación, el énfasis en el vínculo musical intersubjetivo que caracterizaría lo nuclear de la musicoterapia encuentra su perfil más acabado en su carácter estético.

coincidente con el estilo de tocar del paciente, manteniendo tempo, dinámica, textura, cualidad y complejidad de otros elementos musicales; v.- improvisación empática y reflejo, cuando la respuesta está más conectada con el estado emocional del paciente, reflejándolo mediante la música o la corporalidad; vi.- dar un fondo, anclaje y contención: cuando se intenta crear música estable (en ritmo, tono o ambas) para ofrecer estructura y contención al paciente. Mientras las primeras 5 variantes de la improvisación pueden realizarse usando cualquier instrumento musical o bien la voz; la última variante requiere la utilización de instrumentos musicales armónicos, usualmente la guitarra y el piano.

Por su parte, la técnica de composición de canciones prioriza la creación de música en conjunto con los adolescentes, pero cuidando que sea “con” ellos y no “para” ellos (McFerran, 2010, p. 110). El material psíquico y sonoro para componer canciones originales proviene de las inquietudes, deseos o necesidades de los adolescentes. La canción puede tener letra o ser totalmente instrumental. Dentro de la primera opción puede utilizarse como variación la sustitución de la letra de una canción conocida por otra inventada, al tiempo que se mantiene la estructura musical (o viceversa, se mantiene la letra y se le cambia la música). Es interesante que la composición presenta ciertas ventajas clínicas en relación a la improvisación en caso de pacientes menos articulados, ya que mediante la repetición les permite integrar diversos elementos (McFerran, 2010, p. 111). Asimismo, la composición involucra probablemente más recursos cognitivos que la improvisación, e implica aspectos relacionados con la capacidad de tomar decisiones en conjunto. La co-construcción terapéutica, así, ocurre a través de la composición y evaluación compartida de los resultados parciales, hasta llegar a un resultado final, capaz de producir sensación de logro y placer estético.

Dentro de los pasos (no necesariamente lineales ni consecutivos) utilizados para llegar a cabo la composición con adolescentes, menciona McFerran (2010, p. 122): la elección del tema o la idea de la canción, la discusión o conversación sobre el tópico escogido, la elección del género y los instrumentos a tocar y la distribución de roles para los participantes en la composición (ya sea en duplas paciente-terapeuta, o bien en sesiones grupales). Podemos agregar a lo anterior: la evaluación de resultados parciales y finales, y la posibilidad de grabar y presentar en vivo las composiciones.

Respecto a la audición de canciones, estas pueden ser seleccionadas en base a las preferencias musicales del adolescente (mencionado ya la relevancia de este punto), o bien de forma azarosa o espontánea, dependiendo del propósito clínico. Lo relevante suele ser la reacción psico-emocional del paciente ante dicho estímulo en tiempo presente, y la elaboración verbal, pictórica o dramática que realiza posteriormente con respecto a ella.

Mediante estas diversas técnicas el terapeuta busca intervenir promoviendo los “núcleos de salud” (Gauna 1996) de él o los paciente(s). De este modo, la acción terapéutica ocurre cuando la *potencia terapéutica de la música se actualiza* mediante la comunicación y la interacción entre paciente-terapeuta. Al suceder esto, el vínculo intersubjetivo paciente-terapeuta se va construyendo *desde y en* la música, y encuentra un sentido terapéutico dado que el proceso está guiado por una actitud de acompañamiento y comprensión por parte del terapeuta, y por la formulación, de un objetivo explícito y específico para el tratamiento.

Ahora bien, la elaboración simbólica y verbal de las experiencias musicales resulta también un elemento fundamental de la terapia, y es parte del procedimiento utilizado en el presente caso clínico. De este modo, resulta necesario complementar el enfoque músico-centrado con procedimientos de interpretación verbal o simbólica, propios del modelo Analítico de

Priestley o de la Improvisación Libre de Alvin. En este, el o los paciente(s) externalizan mediante la palabra o bien el dibujo, aquello que fueron experimentando. Se permite así realizar interpretaciones de alcance controlado (ya que no pretende ser psicoanálisis), que ayuden a la auto-comprensión o bien al auto-conocimiento del paciente. Se supone, asimismo, cierto significado psicológico-psicoanalítico a la manera de improvisar, y se intenciona el encuentro de un “tema” sobre el cuál hablar que sería el que se trae a la terapia desde el inconsciente (de allí que, por ejemplo, se utilice la atribución de un “título” para la improvisación por parte del paciente). A su vez, estas interpretaciones o elaboraciones verbales que el paciente genera otorgan un valioso material clínico que puede dar pie a futuras experiencias sonoro-musicales. Ahora bien, de este modelo se considerará la importancia del uso de la palabra como agente de simbolización de experiencia vivida; no obstante, no se optará totalmente por él, debido al escaso énfasis que dedican a la dimensión estética o performativa de la improvisación, la cual se desdibuja al existir un código previo de interpretación y búsqueda de significados, basado en conceptos psicodinámicos que se manifestarían en la expresión musical y no verbal.

A modo de síntesis, la teoría propuesta invita a seguir los parámetros principales de la MT músico-centrada, dado su énfasis en las dinámicas y técnicas musicales desde las cuáles se construye la particularidad del vínculo intersubjetivo entre paciente-terapeuta; sin embargo, se incorpora a lo anterior un mayor énfasis a la interpretación verbal realizada ex-post la experiencia musical o corporal, con la salvedad de no presuponer significados *dados* en códigos semióticos o psicoanalíticos. Por último, se argumenta a favor de brindar una mayoría relevancia, y consecuente precisión, respecto al alcance de la *estética* propia de las improvisaciones y de la musicoterapia en general. Asunto sobre el cuál trataremos a continuación.

d) Estética como teoría de la percepción versus Estética como teoría del arte.

La “estética” es una rama de la filosofía que existe con nombre propio desde 1750, a raíz de la publicación de *Aesthetica* de A. G. Baumgarten, siendo posteriormente desarrollada de forma profusa y diversa por filósofos como Kant, Hegel, Schopenhauer, Nietzsche, Adorno, Deleuze, y otros. Con dicho término, Baumgarten refería algo similar a la comprensión clásica griega de la misma en cuanto *Aisthesis* significaba “sensación” o “percepción sensible”, sin embargo, Baumgarten la expande para referirse a un ciencia que trata del “conocimiento sensible” (*cognitio sensitiva*) o la “percepción sensible”, una forma nueva y hasta ese entonces descuidada de la teoría del conocimiento, debido a su carácter “inferior” (poco científico, podríamos decir). A diferencia del conocimiento conceptual, que se aboca a las generalidades –a la clasificación y a la generalización-, la percepción estética y su “conocimiento inferior”, se enfoca a lo particular mediante el uso de los sentidos (audición, visión, tacto, olfato o gusto). De este modo, la “estética” según Baumgarten no es exclusiva del ámbito del arte, ya que “puede operar en cualquier momento y en cualquier parte, gracias a una apreciación sensitiva capaz de demorarse ante una cosa o una situación en la individualidad de su aparecer” (Seel, 2010, p. 14). El encuentro con la naturaleza, por ejemplo, puede ser también un encuentro estético, en cuanto se aprecian sus cualidades formales mediante los sentidos.

Será solo con posterioridad, a partir de Hegel y otros, que la estética comience a reducirse e identificarse con el arte y las artes en específico. Se inauguran así las diversas estéticas de la música, de la literatura, de la pintura, de la arquitectura, de la danza, etc. En dicha acepción restringida que comienza en el XIX, la estética normalmente estudia estilos, corrientes, técnicas, formas y estructuras, propios de cada arte y de cada período. Asimismo, se pregunta por las cualidades que generan lo “bello”, lo “sublime”, “lo ominoso” de cada estilo o en específico de

un artista (la estética de Bach, por ejemplo). Poco importa, por tanto, la sensación física, por ejemplo, que le podría ocurrir a un auditor al escuchar un poema sinfónico de Liszt, dado el foco tradicional puesto en la descripción de las cualidades formales y los significados atribuidos de la “obra” musical.

Sin embargo, al transcurrir el siglo XX, la “estética artística”, comenzó a recobrar su sentido original de *Aisthesis*. En efecto, gracias principalmente a los movimientos vanguardistas que criticaban la dicotomía arte-vida, el *objeto* del arte se volvió cada vez más difuso y múltiple, dado que ya no se apuntaba a una noción clásica de equilibrio, mimesis, contraste o belleza (por ejemplo, dentro del esquema tonal de la música) sino, antes bien, a la generación de “experiencias estéticas”, en donde toda la realidad estaba invitada, incluyendo así lo desconcertante, el absurdo, la fealdad, lo inesperado, el azar, las series formales y lo cotidiano.

El discurso estético, así, va mostrando la posibilidad de una fluida comunicación *entre* las diversas artes y técnicas artísticas; y, asimismo, va indicando de manera seductora la incorporación del mundo “externo”, real y tangible, político y social, dentro del mundo del arte (como muestra claramente el arte político y el *pop art*). Este movimiento estético de las artes hacia *dentro* y hacia *fuera* de ellas, se irá despreocupando relativamente de la idea de la “obra de arte” como el fundamento único del arte, para dar pie así a la preparación de vivencias o “experiencias estéticas” compartidas. Una de las maneras de comprender este fenómeno, la plantea a nivel teórico Fischer-Lichte (2011) con la noción de una “estética de la performatividad” y G. Böhme (1993) con la idea de una “estética de la atmósfera”. En música contemporánea, destacan los ejemplos pioneros de John Cage (1973) y de Pierre Schaeffer (2003).

Así, cuando se postula la idea de una(s) estética(s) de la musicoterapia, el término “estética” debe entenderse desde su formulación más actual. Es decir, es *tanto* una *Aisthesis*, una singular “forma de percibir” los estímulos sensibles¹¹; *como también* el estudio de ciertos conceptos y técnicas propias de las artes, y en especial, de la música contemporánea como parte de las artes performativas.

Es decir, la estética de la musicoterapia integra la descripción de objetos musicales formales con la invitación a un tipo de “escucha” particular y un tipo de “performance” específica. Como veremos, la importancia de formular una estética de la musicoterapia se traduce en la posibilidad de comprender mejor aquello que ocurre durante las sesiones clínicas. En breve, la hipótesis es que durante el proceso musicoterapéutico se presentan múltiples experiencias estéticas. En algunas se siguen con relativa cercanía los estándares estéticos tradicionales de la música (adecuación al estilo, uso de ritmo, timbre, armonía, melodía, contrapunto, calidad compositiva e interpretativa, etc.). Lo anterior ocurre regularmente al trabajar con musicoterapia receptiva, ya sea audición de canciones conocidas para el o los pacientes, o bien utilización cuidadosa de composiciones doctas para imagerías o para el modelo GIM. Ocurre algo similar con la recreación de canciones dentro de la Musicoterapia Activa. En ella existe también una “estética artística” cercana al uso tradicional en cuanto sus valores se miden en la cercanía al uso de formas y estilos reconocidos (por ejemplo, usando canciones o sonatas, en música popular, rock, jazz, bossa nova, etc.). De esta manera, el “placer estético”, concepto central, radica en la relativa adecuación en el trabajo con canciones, fundamentalmente, a la estética como “estética artística”.

¹¹ Lo cuál permite vivir una experiencia estética ante fenómenos pueriles e irrelevantes, como observar el brillo de una moneda, o el típico ejemplo de la bolsa de plástico que danza en la película *Belleza Americana*, o bien escuchar el ruido de la calle en forma estética

Sin embargo, al utilizar la técnica de improvisación libre, juegos sonoro-corporales y la generación de paisajes sonoros espontáneos, por ejemplo, aparecen rasgos estéticos no convencionales, propios de estéticas contemporáneas proclives a la experimentación. Para comprender mejor esto propondría la incorporación al léxico musicoterapéutico de términos como “performatividad”, “estética atmosférica”, “intersubjetividad estética” y “estética del aparecer”; los cuáles aparecen realizados en el trabajo musical de compositores como, por ejemplo, John Cage (fundador de la música aleatoria), Pierre Schaeffer (creador de la música concreta y de la acusmática), Brian Enno (gestor de música ambiente), y, dentro del movimiento de improvisación libre y free jazz, a Derek Bailey, Eddie Prevost y la agrupación británica AMM.

e) Las Estéticas de la Musicoterapia

En un contexto de musicoterapia, la improvisación (...) es inventiva, extemporánea, ingeniosa e implica crear y tocar simultáneamente. Sin embargo, no es siempre un arte y no siempre tiene como resultado la música “per se”. A veces, es un proceso que tiene como resultado formas sonoras simples. Los musicoterapeutas se esfuerzan en improvisar música de la máxima calidad y belleza artística, sin embargo ellos siempre aceptan la improvisación del paciente sea cual sea su nivel, ya consista en formas musicales o sonoras, e independientemente del mérito artístico o estético (Bruscia, 1999, p. 8).

La cita anterior corresponde al comienzo de uno de los textos canónicos en Musicoterapia, como es *Modelos de improvisación en Musicoterapia* de K. Bruscia. En el fragmento, Bruscia expresa una apreciación recurrente en algunos musicoterapeutas respecto al menor valor que posee la estética en la musicoterapia, en tanto tienden a oponerle al valor que se debe atribuir al paciente¹². En este sentido, es posible concordar en que la musicoterapia no es en

¹² Al respecto, revisar el interesante artículo de Aigen (2008), en donde critica la perspectiva reducida de la estética en Tyson, 1965; Priestley, 1994; Grinde, 2000; Dissanayake, 2001; Smeijsters, 2005; y Stige, 1998. Dicho artículo generó una serie de respuestas y un llamativo debate en el *Nordic Journal of Music Therapy*, 2005, vol. 16(2).

rigor un “arte”, y por cierto, que lo relevante no es el mérito “artístico” de los “productos” en cuanto a su “calidad” o su nivel de belleza en relación exclusivamente a una “estética artística”, sino en relación al vínculo con otro. Sin embargo, de lo anterior no se sigue en absoluto el hecho de que no importe o que no exista una estética musicoterapéutica; aún más, una estética que sea ya intersubjetiva. Nada impide, por ejemplo, que “una forma sonora simple” sea incapaz de generar una total experiencia estética, como lo sugiere el texto de Bruscia (lo simple no niega lo estético, como prueba el minimalismo¹³). Además, la belleza hace mucho que ha sido destronada como el valor fundamental de la estética, tanto a nivel práctico como teórico.¹⁴

De este modo, se infiere en la afirmación de Bruscia compartida por muchos musicoterapeutas, la utilización de una noción de sentido común de estética que no hace atención al devenir de la historia del arte durante el siglo XX, ni a la notoria evolución del concepto de estética, creadas precisamente para indicar posibles puertas de acceso a experimentar las artes contemporáneas y la propia percepción.

En este sentido, existe una línea de reflexión compleja y diversa a favor de la estética en musicoterapia, desarrollada por autores como Aigen (2005, 2007, 2008), A. C. Lee (2015); Maranhao (2007); Brandalise (2001, 2003) o Darnley-Smith (2013). Cada autor(a) desarrolla una

¹³ Traduzco como ejemplo sugerente un texto de Cage: “El otro día, una alumna dijo que tras haber intentado componer una melodía con tres tonos, “me sentí limitada”. Si hubiera estado ella involucrada con los tres tonos de su material, no se hubiera sentido limitada, y, dado que los materiales no tienen sentimientos, no habría existido ninguna limitación. Todo estaba en su mente, mientras que pertenecía a los materiales. Se transformó en algo al no ser nada; no habría sido nada al ser algo. Texto original: “The other day a / pupil said, / after trying to compose/ a melody /using only / three tones, / “I / felt limited./” / Had she / con-cerned herself / with the three tones- / her materials / - / she would not / have felt limited / * / , / and / since materials / are without feeling. / there would not have / been / any limitation. / It was all in her / mind / , / whereas it be-longed / in the / materials. It became something / by not being / nothing; / it would have been / nothing by being / something” (Cage, 1973, p. 114).

¹⁴ A menos, claro, que se reformule el término “belleza” en términos tales que permita comprender que un zumbido o que algunos instrumentos sonando muy desafinados, también podrían ser bellos. O, por citar ejemplos de otros campos artísticos, que un simple tornillo sea capaz de capturar el interés de una persona, como pasa en *Rayuela* de J. Cortázar, o bien, que la belleza pueda encontrarse en un cenicero con colillas de cigarro de la noche anterior, como decía T.S. Eliot. Sin embargo, ninguna de estas formulaciones de la noción de belleza, parecieran estar en juego en la definición de Bruscia. Curiosamente, Aigen a pesar de enfocarse a la estética, tampoco considera estas posibilidades del término “belleza” en los textos dedicados a la estética de la musicoterapia (2007 y 2008).

comprensión diversa de la estética en musicoterapia, poniendo énfasis por ejemplo en los rasgos más formales de lo estético (estética artística en relación al problema de la belleza, en Aigen 2007 y 2008) o al momento de componer e interpretar (en el caso de Lee y la importancia que le atribuye al “tema con variación”); o bien a los rasgos más experimentales de la improvisación (Darnley-Smith) que pueden también pensarse según también la filosofía estética de G. Deleuze (Maranhao 2007), configurando esta última, en mi parecer, la propuesta más original y sugerente de la cuál tengo noticia. En esta última corriente deleuziana que formula la musicoterapeuta brasilera Maranhao, se realiza un reconocimiento explícito a los compositores que incidieron en la formulación y validación de la improvisación libre, procedimiento nuclear para la musicoterapia. Similar ejercicio realizaremos a continuación, compartido el juicio de que es imposible hablar de la estética de la musicoterapia sin referirnos al menos a los aportes de John Cage y Pierre Schaeffer.

Influido por el budismo zen y la filosofía india, John Cage formula desde los años `50 una profunda reflexión acerca de los elementos acústicos y musicales como el silencio (obras famosas como 4'33'), el azar (método aleatorio), el ruido y los sonidos ambientales, la cuál lo lleva a componer música performativa y vanguardista, puesto que introduce métodos aleatorios de interpretación, sonidos difusos, ruidos generados por el ambiente o por aparatos electrónicos, participación del público o bien preparación de instrumentos (por ejemplo, el piano “preparado”, en el cuál se le colocan diversos objetos en las cuerdas del piano para alterar su timbre). Un aspecto común a sus obras y postura filosófica acerca de la música, tiene relación con enfatizar el sentido del momento presente, el *hic et nunc*, el aquí y ahora, el carácter *eventual*, ya que es aquí donde eternamente vivimos, y desde aquí que se realiza toda percepción. De allí que sus obras se entiendan como “performances” antes que como “obras musicales” tradicionales, puesto que

integran todo lo que está presente en el instante de la ejecución, en particular, el público y sus reacciones.

Sabida es la relevancia del silencio para la práctica clínica. Gustavo Gauna (1996) dedica un libro a este aspecto y realiza un llamado para intentar sostener el silencio del otro. Asimismo, a menudo el mensaje durante la formación como musicoterapeuta tiene relación con controlar la ansiedad que produce el silencio del otro (en sentido sonoro o bien agencial: nula reacción). Precisamente, esta experimentación con dichas emociones es parte de la experiencia estética que buscan aquellas obras musicales que se ejecutan en silencio, misión imposible pero deseable. Como demostró John Cage, todo silencio está compuesto de sonidos, y el ser humano no puede nunca experimentar totalmente el silencio, ya que incluso aislado de todo sonido externo, entonces escucha –como le sucedió a él en la cámara anecoica totalmente aislada construida por la NASA- la presencia de dos sonidos: uno bajo, atribuido a la circulación de la sangre y el latido del corazón y uno alto, al parecer, un zumbido constante que el asoció a su sistema nervioso y los científicos a un *tinnitus*. Por tanto, podríamos agregar que el único silencio absoluto arriba con la muerte o bien que el silencio es metáfora del vacío.

A nivel terapéutico, el silencio implica una invitación a la “escucha” del otro y de lo otro; al difícil ejercicio de salirse de sí para escuchar el mundo, sus ruidos y melodías, y escuchar al otro en lo que sea que tenga que decir y del modo que quiera sonar. Es este silencio, entonces, el que ayuda a entrar en comunicación con la otredad, y al mismo tiempo, ofrece a la percepción la verdad del acontecer. La certeza de que todo deviene, y que, por tanto, lo que importa (lo terapéutico, podría decirse) es entrar en ritmos simultáneos con la otredad. Lo que existe, entonces, sostienen los teóricos, son “eventos” que se vivencian corporalmente, es decir, primero se experimentan y *luego* se interpretan (tal como decíamos al proponer un modelo basado en

improvisación y posteriormente interpretación). De este modo, lo relevante en la experiencia estética no es más (o no es tanto) la “obra” de arte en sí, sino el poder participar en el *evento-acontecer*, el tener una experiencia determinada e irrepetible en cierto lugar, con cierta gente, en ciertos estados emocionales y ciertos estímulos sensoriales/perceptivos únicos, todo lo cuál determina la “intensidad” de la experiencia estética, y con ello, su posibilidad de generar transformaciones en el público y en el paciente.

Respecto al ruido, sostiene Cage (1973) en consonancia con Schaeffer (2003), que al poner énfasis en la percepción auditiva real que todos tenemos, notamos que la gran mayoría de sonidos que escuchamos en nuestra vida son ruidos o sonidos “no musicales”. En este momento, por ejemplo, escucho la estufa que gira y el tic-tac de un reloj. El sonido de las teclas del computador evidencian también la menor o mayor fluidez de la escritura. No oigo ningún intervalo, ninguna tríada mayor, y no obstante, podría decir que escucho música. ¿Qué pasaría entonces, si pudiésemos alterar nuestra percepción de modo de poder escuchar los ruidos como si fueran instrumentos musicales?

Adonde quiera que estemos, lo que escuchamos es mayoritariamente ruido. Cuando lo ignoramos, nos molesta. Cuando lo escuchamos, lo encontramos fascinante. El sonido de un camión a cincuenta millas por hora. La estática entre las estaciones de tren. Lluvia. Queremos capturar y controlar esos sonidos, usarlos no como efectos sonoros sino como instrumentos musicales. Cada estudio de cine tiene una biblioteca de efectos sonoros. Con una cinta de fonógrafo es ahora posible controlar la amplitud y frecuencia de cada uno de esos sonidos y darles a ellos ritmos dentro o más allá del alcance de nuestra imaginación. Dados cuatro cintas de fonógrafos, podemos componer e interpretar un cuarteto para motor explosivo, viento, latido de corazón y deslizamiento de tierra. (Cage, 1973, p. 3)¹⁵

¹⁵ Traducción personal del texto original: “Wherever we are, what we hear is mostly noise. When we ignore it, it disturbs us. When we listen to it, we find it fascinating. The sound of a truck at fifty miles per hour. Static between the stations. Rain. We want to capture and control these sounds, to use them not as sound effects but as musical instruments. Every film studio has a library of "sound effects" recorded on film. With a film phonograph it is now possible to control the amplitude and frequency of anyone of these sounds and to give to it rhythms within or beyond the reach of the imagination. Given four film phonographs, we can compose and perform a quartet for explosive motor, wind, heartbeat, and landslide.” (Cage, 1973, p. 3)

En efecto, tanto Cage como Schaeffer comenzaron a fascinarse por la experiencia sonora, más allá de lo que prescribía la noción tradicional de música que escogía ciertos sonidos, y cierta estructura (tonal o atonal) para atribuirle el valor de “arte” y el título de “música”, al punto de encontrar igual placer en la audición de ruidos que de sonidos musicales simples, como comenta Cage a continuación:

Comencé a ver que la separación entre mente y audición había destruido los sonidos. Que un estado limpio era necesario. Esto me hizo no sólo contemporáneo, sino vanguardista. Usé ruidos. Ellos no habían sido intelectualizados; el oído podía escucharlos directamente y no tenía que atravesar ninguna abstracción acerca de ellos. Me di cuenta de que me gustaban los ruidos incluso más que los intervalos musicales. Me gustaban los ruidos tanto como antes me gustaban los sonidos tonales simples (Cage, 1973, p. 116)¹⁶

Schaeffer, por su parte, también en la década de los '50 desde Francia, comienza a grabar todo tipo de sonidos y ruidos “concretos” (gente conversando, discutiendo o gritando en cualquier idioma; locomotoras andando, sirenas, pianos, pitos, fragmentos orquestales, etc.), con el objetivo de editar los distintos fragmentos (mediante la yuxtaposición, la alteración de la velocidad, la inversión, etc.), para componer una obra de “música concreta”.

De este gran innovador cabe rescatar para la musicoterapia, al menos dos ideas claves: i) La importancia del *juego* en la experiencia estética. *Juego*, en el doble sentido, como jugar y como tocar (presente en el francés “jeu” y en el inglés “play”); ii) El hecho de que cualquier sonido o fragmento de sonido puede ser escuchado como música, dado que lo que define lo musical, dentro de su propuesta fenomenológica, es más bien una “intención” de escucha y de composición. (Schaeffer 2003).

¹⁶ Traducción personal del texto original: “I began to see / that the separation of / mind and ear / has spoiled / the sounds / . / that a clean state / was necessary. / This made me / not only contemporary / , / but “avant-gard” / I used noises / . / They had not been in-tellectualized;/ the ear could hear them / directly / and didn’t have to go through any abstraction / a-bout them / . / I found that I / liked noises / even more tan I / like intervals. / I liked noises just as much as had / liked single sounds/” (Cage, 1973, p. 116).

Respecto de esto último, Schaeffer sostiene que lo que nosotros escuchamos y percibimos no es nunca la “realidad” que suena, sino “objetos sonoros”, es decir, “objetos producidos a partir de la actividad de un sujeto que entra en contacto con el sonido a través de la experiencia de escuchar. El objeto sonoro, ante todo, es el objeto experimentado, el objeto escuchado” (<http://pensamientosonoro.blogspot.cl/2011/02/que-es-el-objeto-sonoro-la.html>). De este modo, el objeto sonoro no debe confundirse con los cuerpos físicos que lo generan o bien con las vibraciones físicas que se expanden en el aire, sino, con la “materia sonora que se hace patente a nuestro oído” (idem). Sin embargo, para lograr escuchar esta materia sonora pura necesitamos “descondicionar el oído y alejarlo de la respuesta inmediata que es acudir a elementos no sonoros para comprender un sonido” (idem).

Pues bien, el trabajo estético de la musicoterapia se aboca justamente a estos “objetos sonoros”, dado el énfasis prioritario a aquello que percibe y siente el o los pacientes durante las experiencias musicales. Además, lo anterior resulta doblemente pertinente al considerar la diversidad de posibilidades que pueden tener las consciencias de los pacientes, dado el caso de que usualmente se trabaja en contextos de población con trastornos siquiátricos y psicológicos, discapacidad física, enfermedades motoras varias o bien daños cerebrales. Por tanto, es fundamental visualizar la diferencia entre las vibraciones físicas que emite una fuente sonora y la manera en que estas se configuran en un objeto percibido o un objeto de conciencia para un paciente particular en un momento específico de su vida.

Esta línea exploratoria de la estética se fue expandiendo, y ya al llegar a los años '60, creció notoriamente en términos experimentales, gracias a la total libertad improvisatoria que propiciaron los músicos a través del *free jazz* y la *free improvisation*, llevada a cabo fundamentalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña. En dichas improvisaciones se

intencionaba la producción de música espontánea en tiempo presente sin acuerdo previo de tonalidad, ritmo, melodía, etc., y evitando hacer referencia o estructurarse en relación a temas o estilos musicales existentes.

Ahora bien, todas estas corrientes mencionadas, conjunto al trabajo de Cage y Schaeffer, han sido estudiadas con posterioridad desde la noción de “performatividad” de Fischer-Lichte (2010), quien se refiere profusamente acerca de los dos “giros performativos” (*performative turns*) que atravesaron todas las artes durante el siglo XX. El primer giro correspondió a las vanguardias históricas a principio de siglo; el segundo, precisamente en los años '60 y '70 y se presentó a través del *Fluxus* (movimiento artístico interdisciplinario integrado por John Cage, Joseph Beuys, Wolf Vostell -entre otros), *body art*, arte conceptual, *happenings*, *performance art* y los situaciones franceses.

La teoría de la performatividad es, ante todo, una teoría de la acción. Su “unidad mínima”, si se quiere decir así, son los actos performativos. Dicho concepto proviene de la lingüística pragmática de Austin, y es retomado por Fischer-Lichte (2014) para capturar el fenómeno que ocurrió en las artes durante el siglo XX y particularmente para reflexionar sobre las artes teatrales. Un acto performativo implica “el llevarse a cabo acciones, la autorreferencialidad de estas acciones y su carácter constitutivo de verdad” (2014, p. 130). Es decir, “performar” algo significa realizar acciones en tiempo presente y en co-presencia corporal (como ya veremos), de manera que el sentido y la verdad posible de esas acciones sólo existan al interior de ellas. Este carácter autorreferencial implica que el “significado” o “sentido” del acto que genera verdad no pre-existe al acto mismo. En este sentido, aquello a lo que se opone la performatividad es a la superioridad de una intención interpretativa o hermenéutica compuesta por signos verbales, símbolos o códigos semióticos dados, por sobre la vivencia del instante

compartido. Por el contrario, para comprender una “obra de arte”, la actitud performativa propone participar en ella, experimentarla a través de los sentidos, la percepción, la imaginación y la emoción, antes que dilucidar a qué estilo pertenece, cuáles rasgos formales la componen, qué símbolos la explican o qué quiere “decir” el autor. Dicha operación hermenéutica no es rechazada, sino que se postpone y se controla su alcance.

Los elementos básicos de la *Estética de lo Performativo* (2014), corresponden a la *co-presencia* (*Koh-Präsenz*) física de performers y espectadores, quienes comparten un “acontecimiento” o un “evento” en tiempo real (aquí y ahora), el cuál se constituye por las afectaciones y emociones mutuas de tipo somático y pasional (“contagio emocional” también llamado), definiendo así un grado de *intensidad* siempre variable en esta experiencia “umbral” y transformadora. En términos esquemáticos, podría sintetizarse en los siguientes puntos nucleares la propuesta de Fischer-Lichte:

1. La puesta en escena surge de la interacción de todos los participantes, esto es, de los distintos roces entre actores y espectadores.
2. Lo que se muestra en las puestas en escena aparece siempre aquí y ahora (*hic et nunc*) y se experimenta muy especialmente por su actualidad.
3. Una puesta en escena no se ocupa de los significados surgidos con anterioridad, sino que estos surgen primariamente en su llevarse a cabo.
4. Las puestas en escena se muestran a través de su eventualidad (*Ereignishaftigkeit*). La forma específica de la experiencia estética que lleva a cabo esta eventualidad de la puesta en escena es de modo particular la de una experiencia umbral (Grumann, 2008, p. 137).

Ahora bien, me parece factible sostener que la improvisación en musicoterapia presenta claramente una estética performativa, en la medida en que la improvisación clínica se basa en una actuación en tiempo presente orientada a la libre experimentación de la intersubjetividad (momentos de sincronización y de des-sincronización) mediante múltiples recursos sonoro-musicales-rítmicos y corporales, los cuáles incorporan el valor del silencio, los sonidos ambientes y los diversos ruidos existentes. En este sentido, la sesión de improvisación se

constituye en una performance c6rporo-sonoro-musical (sin gui6n fijo ni partitura, a diferencia de una “obra” musical), en donde el terapeuta y el/los paciente(s) alternan constantemente los roles de performer y testigo, seg6n qui6n vaya cumpliendo el rol de “sostenedor” del otro. Lo importante, as6i, es el “acontecer”, el devenir conjunto que es marcado a trav6s de gestos y sonidos que se suceden en el tiempo co-creado y que da pie a posibles momentos umbrales cargados de emoci6n, los que se pueden entender tambi6n como (micro) transformaciones que posibilitan un “insight” posterior.

Adem6s, el acontecer de la improvisaci6n cl6nica se caracteriza por la emergencia espont6nea de diversas “atm6sferas” que le van dando sus tonos emocionales. En este sentido, la *Est6tica de la Atm6sfera* (1993) de G. B6hme, resulta clave de ser considerada. La “atm6sfera”, sostiene el autor, constituye uno de los focos principales de la est6tica contempor6nea, ya que se utilizan frecuentemente tanto en contextos “art6sticos” (teatros, m6sica de cine, escenarios musicales) como no art6sticos (edificios, centros comerciales, paisajismo, dise1o de interiores, iluminaria, etc.). En cualquiera de estos casos, la experiencia est6tica tiene que ver con la percepci6n general y difusa de los sujetos respecto a aquello que *irradiar* los espacios en los cu6les se encuentran de cuerpo presente.

Las atm6sferas se producen en forma de “sensaciones espacializadas” de diversas cualidades, existen atm6sferas serenas, melanc6licas, opresivas, er6ticas, siniestras, etc. Su peculiaridad filos6fica reside en que no pertenecen ni al sujeto percipiente ni al objeto (o lugar) percibido, sino a un “entre lugar”. En efecto, las atm6sferas ocurren “*in between*” los sujetos participantes y el contexto espacial. Las atm6sferas conectan al cuerpo con el espacio que habita, volviendo perceptible el espacio mediante una regulaci6n singular de la luz, los sonidos, los olores, la disposici6n y cantidad de objetos, la calidad del aire, el arco crom6tico, etc. En este

sentido, el concepto de atmósfera complementa el sentido vincular intersubjetivo que paciente-terapeuta generan entre sí, en la dimensión social, para referir ahora el vínculo del sujeto (o los sujetos) con el espacio o el mundo “externo” (con el otro-objeto). Con el reparo de que dicha “exterioridad” no es tal, ya que la atmósfera es construcción conjunta del espacio y el sujeto (individual o intersubjetivo).

Dentro de las sesiones de musicoterapia, las atmósferas pueden suscitarse libremente a lo largo de una improvisación, o bien pueden intencionarse mediante la creación de “paisajes sonoros” o en el método GIM, durante la audición receptiva y estimulación a la imaginación. En el *aparecer* (Seel 2010) y diluirse de las atmósferas, influyen los sonidos, la temperatura del ambiente, la calidad del aire, los olores, las imágenes y objetos cercanos, la luminosidad, la corporalidad de los participantes, etc. De este modo, las atmósferas emergen cuando estos elementos logran sintetizarse en una emoción o sensación durante un momento de duración indefinida. Por ejemplo, como veremos en el caso clínico, las atmósferas suelen producirse inducidas por el uso de sonidos bajos, melodías reiterativas, pulso lento y acordes menores en el teclado tocado a cuatro manos o bien en los dúos teclado-guitarra.

En este sentido, si la estética performativa es una estética del tiempo; la estética atmosférica es una estética del espacio. Al considerarlas en conjunto, se puede percibir una estética del encuentro en un espacio-tiempo, mediada por la performatividad de los gestos corporales y los sonidos musicales –que crean el devenir temporal-; y por la generación de atmósferas que extienden y producen la emoción del momento y la irradian al espacio. Entre ambas dimensiones de la estética intersubjetiva de la musicoterapia, es posible leer y comprender

el proceso terapéutico, y utilizar así conscientemente recursos propios de las artes contemporáneas, principalmente musicales, con fines clínico-terapéuticos.¹⁷

Lo relevante, para concluir y sintetizar, es concebir que el musicoterapeuta, en tanto que trabajador clínico-estético, es un “performer” que improvisa clínicamente y un “productor de atmósferas”, ya que entiende que estas preparan el contacto y lo tiñen de un tono emocional y sensitivo. Así, es posible entrever aquí cómo las atmósferas encarnan mediante sensaciones compartidas aquella “terceridad” (J. Benjamin) constitutiva de la intersubjetividad. Para finalizar, al compendiar todas las reflexiones sostenidas en esta segunda parte, es posible entrever una comprensión (y no un modelo) de la musicoterapia en términos de reconocimiento estético intersubjetivo; un encadenamiento moral, estético y social.

¹⁷ Respecto a la relación entre atmósfera y musicoterapia, cabe notar el artículo de Sonntag (2016): “Atmosphere – an aesthetic concept in music therapy with dementia”. Esta bibliografía no fue posible de ser revisada. No obstante, al revisar el abstract de un artículo vemos que la dirección es similar: “In New Phenomenology the concept of atmosphere has special significance which gives it relevance in therapy and particularly in music therapy. Used to designate preverbal and pre-Gestalt forms of experience, the term draws attention to key aspects of treatment in music therapy which are dealt with daily yet resist being put into words. The concept of atmosphere enables us to talk about an area touched on by Balint in the context of »primary substances« and by Winnicott with the »intermediary space« in transition between internal and external reality. In this view, music is in any case »atmospherically« constituted. There are however composers and improvising musicians who seek to enhance this characteristic of music, and whose experiments take us deeper into the topic”. (<http://www.musiktherapie.de/zeitschrift/archiv/band-2605-heft-3-abstract.html>)

IV.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

La intervención se extendió durante 17 sesiones más una toma de contacto previa. Estas fueron desarrolladas bajo frecuencia semanal durante un período total de 5 meses, desde el 24 Agosto 2015 hasta el 11 de Enero del 2016 en la sala de Musicoterapia perteneciente al servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Militar de Santiago.

A modo de introducción del caso, cabe señalar que el paciente es un adolescente, género masculino, 15 años, de iniciales (JD), que fue diagnosticado psiquiátricamente con Trastorno General del Desarrollo tipo Asperger (en DSM IV) o bien con Trastorno del Espectro Autista en grado 1, leve (según DSM V), siendo así medicado para la jornada diurna con Venlafaxina, estabilizador del ánimo y Aripiprazol, anti-depresivo. Por las noches, se prescribió Quetiapina, un sedante y amplificador de efecto del estabilizador de ánimo. Cabe agregar que el paciente continúa con el mismo tratamiento farmacológico hasta la fecha (Agosto 2016).

JD llega al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil a finales del 2014, luego de haber cerrado abruptamente su matrícula en un colegio particular subvencionado de la comuna de Maipú, por motivo del constante *bullying* recibido en los últimos dos colegios en los cuáles estuvo los últimos 4 años. Durante el tratamiento, el paciente narra en múltiples ocasiones las constantes agresiones que padeció a causa de sus compañeros, y agrega, también, la indiferencia con la que actuaron sus profesores. A raíz de estos sucesos, JD llega a consulta con notorio daño psicológico, el cuál agrava su condición neurológica de Síndrome de Asperger, puesto que es precisamente esta diferencia a la “norma” el objeto de burla de sus compañeros. Como se infiere al observar al paciente, su forma de comunicarse manifiesta en ocasiones elementos excéntricos (ojos cerrados, no mantención de mirada, gestos evitativos, constante movimiento y búsqueda de objetos para jugar con ellos y un tono de voz inestable); dificultad con el contacto social y la

expresión emocional (tendencia a somatizar la rabia a causa de estímulos menores); y fijación, inflexibilidad o leve obsesión con ciertos temas (el trayecto en micro desde su hogar al colegio e internet).

En el centro se le ofrece tratamiento psiquiátrico, psicológico y la posibilidad de integrarse al aula hospitalaria, que funciona como un colegio multigrado. El paciente se incorpora como único estudiante de segundo medio en la escuela hospitalaria, cuya matrícula suma 6 alumnos: 4 hombres y 2 mujeres, todos menores de edad que él, y donde trabaja una profesora diferencial y una profesora de educación básica. Su rendimiento académico es bueno (promedio primer semestre 6,3 y segundo semestre 6,5), lo que verifica la ausencia de trastorno cognitivo o retraso intelectual.

Su familia pertenece a un estrato económico medio-bajo, y se caracteriza por seguir un patrón tradicional en cuanto a géneros y roles. El padre es el dueño del hogar, encargado de brindar el sostén económico, la madre se preocupa del hogar y el cuidado de los hijos, y los hijos se dedican a estudiar. El padre es un ex funcionario del Ejército de unos 50 años aproximadamente. Trabaja intensamente en un colegio privado ejerciendo roles administrativos y representa una figura distante, fría, poco colaboradora con el tratamiento y un tanto amenazante para JD, ya que suele retarlo y criticarlo. La madre es dueña de casa, también bordeando los 50 años y es la principal figura responsable por el paciente. Participa continuamente en reuniones escolares y terapéuticas, y lo va a dejar todos los días en transporte público al colegio, realizando un extenuante recorrido diario de 4 horas (2 horas de ida, 2 horas de vuelta). JD tiene una relación afectiva con ella, no obstante ella cumple también un rol ambivalente al coincidir en criticarlo por su manera de ser. La hermana tiene 24 años aproximadamente, y es profesional de la PDI. Durante el proceso se independiza económicamente. JD menciona una relación cercana

que existió en el pasado y que actualmente está perdida. En este sentido, el sistema familiar en el cuál se desarrolla JD presenta características ambivalentes, ya que si bien circula afecto y apoyo por parte fundamentalmente de las figuras femeninas, no obstante, es recurrente la existencia de críticas y recriminaciones mutuas, y en especial, orientadas al pacientes.

Las profesoras y el psicólogo reportan la escasa comprensión que posee en especial el padre y, en menor medida, la madre, acerca de la condición diferente que tiene su hijo. Ellos no comprenden que la manera de ser excéntrica de su hijo no es cambiable o manejable a voluntad, o bien por un reto externo, como suelen hacerlo, según narra el paciente. No existe así integración por parte de los padres de que él padece un “trastorno” o, si se quiere, una cualidad diferencial a la “norma”, que no desaparecerá en el futuro y que necesita de un trato distinto.

El diagnóstico musicoterapéutico (como será después desarrollado) coincidió con las apreciaciones psiquiátricas en relación a las dificultades que manifestaba JD para entablar una comunicación emocionalmente significativa y atenta a dinámicas de reciprocidad. Estas dificultades aparecían en forma de: i.- desmotivación o gestos físicos evitativos de contacto (cerrar los ojos, bostezos, o situar su atención en jugar manualmente con objetos durante el período de intercambio verbal con el terapeuta); ii.- capacidad media-baja de entrar en estados de sincronización intersubjetiva durante las improvisaciones; iii.- una aproximación a los instrumentos y a temas verbales que manifestaban reiteración e inflexibilidad (por ejemplo, a nivel musical, pulsos monótonos; a nivel verbal, repetición de tópicos como transporte público, rutinas diarias y aparatos tecnológicos); y iv.- presencia de rasgos infantilizados, en relación a su estadio de desarrollo a nivel cronológico, lo cuál se manifestaba en un constante deseo lúdico propio de los niños (muy provechoso para la terapia), en la poca relevancia brindada a la sexualidad o los deseos sexuales y en la existencia de un muy incipiente interés por temas

vocacionales. A medida que la terapia avanzaba, se fue haciendo patente la dificultad mayor que JD tenía para poder establecer vínculos amistosos con sus pares, siendo este uno de sus principales motivos de padecimiento.

Sin embargo, el diagnóstico también demostró los “núcleos sanos” (Gauna 1996) del paciente, los que se hacían patente en su deseo por establecer un contacto lúdico con otros y su clara inclinación y subjetividad musical. En efecto, es posible precisar al menos 4 núcleos sanos desde los cuáles fue posible trabajar, a saber: i.- la disposición a compartir con el terapeuta mediante el *juego*, expresado notoriamente a través de improvisaciones temáticas y juegos verbales y vocales; ii.- *sensibilidad estética* e interés respecto de los diversos sonidos y elementos de la música, manifestado a través de su involucramiento còrporo-emocional en las técnicas utilizadas; iii.- *sensibilidad estética*, manifestada en la declaración de *preferencias musicales* que denotan un conocimiento acabado y gusto estético por estilos musicales y artistas específicos; y iv.- *marcado interés por el teclado y los aparatos digitales*, lo cuál posteriormente se consideró al trabajar regularmente con dúo Teclado (paciente) – Guitarra (terapeuta); y con el programa de composición Garage Band (en Ipad).

A los núcleos de salud anteriores, debe añadirse como características que también inciden en el logro del proceso: i.- la continuidad y regularidad de frecuencia del tratamiento (interrumpido solo en tres ocasiones); ii.- el compromiso y contención brindada por la madre y iii.- el impacto de mayor alcance que posee una intervención terapéutica que cambia el marco institucional que produjo un trauma (en este caso, el colegio), ofreciendo en cambio una institución pequeña, afectiva y de carácter familiar (compuesta por dos profesoras, más un profesor voluntario de música y unos pocos compañeros de menor edad).

Otro rasgo que arrojó el diagnóstico, es que la “subjetividad sonora” del paciente está vinculada directamente con su “subjetividad digital”; dado que ambas se orientan por un interés hacia los sonidos e instrumentos electrónicos (teclado, sintetizador, guitarra eléctrica, torna mesa, etc.) y hacia los aparatos tecnológicos (grabadoras, programas de DJ, computadores, celulares, Garage Band, etc.). En términos de estilos preferidos, JD mostró una decidida inclinación por la electrónica de los ochenta, en primer lugar, y luego por el funk, el rock y el pop. Sus artistas preferidos son, en orden de repetición durante la terapia, Daft Punk (temas como “Lose yourself to dance” y “Get lucky”), David Guetta, The Beatles (temas como “Here comes the sun”), Robert Miles (“Children”), Skrillex, System of a Down, entre otras. Su ideal de sí, precisamente, es convertirse en DJ profesional. Con posterioridad se retomará la fase diagnóstica, precisando las actividades puntuales realizadas y la información clínica obtenida.

a.- Objetivos Terapéuticos

Los objetivos que fueron planteados originalmente para el tratamiento terapéutico tras haber finalizado la fase de diagnóstico (con fecha 19 de Octubre 2016, correspondiente a la sexta sesión), son los siguientes:

- a) Desarrollar la autopercepción de su corporalidad (cuerpo, voz y movimiento).
- b) Fortalecer su noción del “yo” mediante pequeños logros paulatinos referentes a la ejecución de piezas musicales en guitarra/teclado, y, sobre todo, la composición de piezas inventadas.
- c) Ofrecer un espacio de confianza, para restaurar o desarrollar el comportamiento vincular recíproco.

- d) Mejorar el vínculo con padres, con foco puesto en que los padres comprendan mejor al paciente sin caer en menosprecios.

De los objetivos mencionados, durante el proceso fueron considerados los primeros tres (a, b y c). Respecto del objetivo d, este no fue finalmente considerado, ya que fue tomado y logrado por el psicólogo, quién trabajó el triángulo familiar (padre-madre-hijo).

Vistos en retrospectiva, y en posesión de una mayor claridad conceptual, se podrían reformular los objetivos (general y específicos) del siguiente modo, sin alterar sus elementos esenciales, quedando de la siguiente manera:

Objetivo General:

Desarrollar un vínculo intersubjetivo mediante la comunicación corporal (gestos y movimientos), sonoro-musical (ritmos, atmósferas, sincronización) y la elaboración verbal compartida.

Objetivos Específicos:

- i.- Desarrollar un vínculo intersubjetivo mediante la utilización de improvisación libre, enfocada a la comunicación corporal (gestos y movimientos) y a la sincronización sonoro-musical, a través de ritmos y atmósferas compartidas.
- ii.- Promover un vínculo intersubjetivo mediante la utilización de composición y audición de canciones, enfocado a la toma conjunta de decisiones creativas en el proceso de composición, y a la presencia de temáticas emocionalmente significativas para el paciente.

iii.- Generar un vínculo intersubjetivo basado en la conversación y elaboración verbal acerca de experiencias musicales y conflictos psíquicos emergentes.

Como se puede apreciar, en los objetos “nuevos” están contenidos indicadores similares a los que aparecen en los objetivos originales, pero estos sufren una reorganización metodológica cuyo objetivo es volverlos más factibles de ser evaluados durante la revisión de los datos audiovisual. De este modo, al poner como eje central el “desarrollo de un vínculo intersubjetivo” cuyas variaciones apuntan a integrar la dimensión cörpero-sonoro de la improvisación (objetivo específico i) se integran los objetivos originales a y c. Por su parte, mediante la toma de decisiones conjunta en torno a la creación de canciones originales (objetivo específico ii) se integra los objetivos originales b y c. Por último, a través de la elaboración verbal conjunta (objetivo específico iii) se integra y define con más claridad el objetivo original c.

c. Evaluación y Criterios de Evaluación del Proceso

Dado que la presente investigación se basa en la noción de intersubjetividad y de reconocimiento recíproco, la manera de evaluar el proceso, conjunto a los criterios utilizados, tiene relación directa con los desarrollos de la musicoterapia intersubjetiva.

Será aplicada, a estos efectos, la escala de Raglio (2011) MTRS (*Music Therapy Rating Scale*) compuesta para evaluar el nivel de relación intersubjetiva entre paciente y terapeuta durante el desarrollo ya sea de una sesión o de un tratamiento completo. Cabe señalar que esta escala fue diseñada a partir de la teoría de D. Stern. A continuación se presenta la escala (traducción personal), con los criterios de evaluación de cada indicador.

Tabla nº5: Escala MTRS de Raglio (2011)

RELACION NO VERBAL (RNV)	RELACION SONORO MUSICAL (RSM)
0: Distancia física, ausencia de mirada al otro y/o retraimiento corporal.	0: Ausencia de producción sonoro-musical.
1: Distancia física y presencia de mirada conjunta.	1: Producción sonoro-musical individual.
2: Cercanía física, ausencia de mirada conjunta y/o rechazo corporal al otro.	2: Producción sonoro-musical des-sintonizada.
3: Cercanía física, reciprocidad al mantener la postura frente a frente y/o mirada conjunta.	3: Producción sonoro-musical sintonizada, estatismo, imitación.
4: Reciprocidad al mantener la postura frente a frente, mirada conjunta, sonrisas, expresiones, involucramiento corporal.	4: Producción sonoro-musical sintonizada, dinamismo, variaciones de los parámetros sonoro-musicales y de la estructura.

Como puede observarse, existen 5 niveles de intensidad posibles en la relación intersubjetiva, especificándose a nivel no-verbal RNV (donde priman la corporalidad, la mirada conjunta y la expresión de emoción) y a nivel sonoro-musical RMS (donde prima el concepto de sintonización y el par estatismo/dinamismo). Los polos del continuo están definidos por el 0, indicador de “no contacto”, y el 4, indicador de un estado de sincronización y dinamismo corporal y musical.

Raglio (2011) propone esta herramienta de investigación MTRS para poder objetivar mediante microanálisis los resultados del proceso musicoterapéutico y así analizar la evolución (positiva, neutra o negativa) de la calidad de la relación intersubjetiva (terapeuta – paciente/es), así como también su estado en un momento temporal específico.

La metodología de microanálisis propuesta por Raglio consiste en la evaluación de los videos mediante un software (que no se pudo conseguir para esta investigación, pero se pudo reemplazar sin mayor problema mediante una tablilla Excel –anexo nº1), que permite codificar cada *quince segundos* la interacción corporal (o no verbal), por un lado; y la sonoro-musical, por

el otro. De esta manera, la información obtenida (ver anexo nº1, tabla nº 6 y figura nº3) indica lo siguiente: i.- el promedio y la sumatoria de la *conexión intersubjetiva corporal* durante una improvisación; ii.- el promedio y la sumatoria de la *conexión intersubjetiva sonoro-musical* durante una improvisación (de duración variable, desde 1:45 hasta 7:15); iii.- el promedio de *conexión intersubjetiva corporal y musical* en cada intervalo de quince segundos; iv.- el *promedio general* de conexión intersubjetiva corporal y musical de una improvisación y iii.- el promedio total de conexión intersubjetiva corporal y musical de la totalidad del tratamiento (17 sesiones).

En este sentido, resulta una herramienta valiosa para poder evaluar los aspectos más difíciles y evanescentes del proceso, como son los elementos de la comunicación musical y corporal, es decir, aquellas dimensiones que escapan al campo del discurso verbal, el cuál, como se sabe, resulta más factible de ser objetivado o capturado para el análisis. Además, la información permiten contrastarse con otros estudios que utilicen la misma tabla, aumentando así la investigación musicoterapéutica.

Para la presente investigación se registró de forma audiovisual la totalidad del proceso terapéutico (17 sesiones de una hora aproximadamente cada una). De ellas, se seleccionan 16 improvisaciones representativas de la tónica o elementos singulares de las 17 sesiones ejecutadas. El tiempo total analizado bajo microanálisis corresponde a 1:03:10. Así, el autor de esta investigación¹⁸, fue codificando cada quince segundos el nivel de interacción no-verbal y sonoro-musical en dichas interacciones musicales, las cuáles corresponden a improvisación

¹⁸ Cabe notar que en esta investigación, desafortunadamente coincide la figura del terapeuta con la figura del evaluador, de modo que presenta evidentemente un sesgo analítico. Raglio (2011) propone, en cambio, que las sesiones sean evaluadas por dos musicoterapeutas externos entrenados en el uso del método. En su defecto, mi actitud consistió en intentar ante la duda o ambigüedad aproximar la puntuación bajando el puntaje atribuido.

libres o guiadas (la mayoría), juegos musicales y grabación de canciones (la minoría). (ver anexo n° 1)¹⁹

Como veremos más adelante, el resultado arrojó una clara tendencia hacia el establecimiento de una relación intersubjetiva y el conseguimiento de grados mayores de intensidad en la conexión musical y corporal; lo cuál se relaciona, como mostraremos, con elementos de carácter estético (dinamismo, carácter atmosférico) y psicológico (mayor confianza). Con esta información cuantificada será posible evaluar el grado de logro del objetivo específico i y el objetivo específico ii, debido a que las conductas corporales y musicales se materializan y pueden así objetivarse utilizando metodologías cuantitativas.

Respecto del último objetivo específico, la elaboración verbal, será evaluado de modo distinto. Este objetivo no permite ser analizado según la escala MTRS, debido a que el devenir lingüístico de los pensamientos resulta en gran medida invisible, y, además, a que su importancia tiene relación con el significado atribuido por el paciente. En este sentido, se realizará un *análisis descriptivo-interpretativo*, que identifique los núcleos de los conflictos psicológicos que emergen recurrentemente durante la terapia, y se convierten, así, en los articuladores narrativos de la misma. A efectos analíticos se recurrirá a la descripción y el análisis de declaraciones claves del paciente y a notas de campo del terapeuta.

De este modo, la metodología de la presente investigación es de *carácter mixto*, ya que busca integrar en una explicación común a los elementos objetivables (cuantitativos), que corresponden a los usos del cuerpo y la música; y los aspectos interpretativos (cualitativos), que

¹⁹ Cabe agregar que se realizaron dos análisis. El primero consistió en observar la totalidad de los videos para tomar notas de los diálogos fundamentales y capturar los caracteres generales del proceso. Además, en esta primera visualización se identificaron los elementos centrales de cada sesión y las improvisaciones o interacciones musicales más relevantes. Luego, se realizó un segundo visionado de las improvisaciones detectadas y a estas se les aplicó el microanálisis recién referido. Finalmente, se revisó la atribución de puntaje con motivo de redactar el análisis mixto.

corresponden a las reflexiones e intercambios verbales. Con este fin, es que se analiza diacrónicamente el proceso, siguiendo sus macro-fases (diagnóstico – desarrollo – cierre) y los eventos más significativos al interior de cada macro-fase. Como veremos, se constata una clara correlación existente entre las distintas formas de comunicarse o conectarse con otro (musical, corporal y verbal).

c.- Metodología del proceso terapéutico

Se ofrecen sesiones regulares de una hora aproximada de duración, realizadas en la sala de MT de Psiquiatría Infanto-Juvenil, durante el segundo semestre del año 2015. Las sesiones presentan una estructura semi-abierta: es decir, existen protocolos o estructuras previas respecto a la realización de técnicas u objetivos específicos. Sin embargo, se prioriza una estructura permeable y abierta al *evento* o al *acontecimiento* que pueda manifestarse en la emoción con que llegue el paciente, o bien, en alguna que emerja de forma intersubjetiva durante el transcurso de la sesión.

En este sentido, la actitud terapéutica coincide con una actitud fenomenológica, en el entendido de enfatizar la percepción estética-sensorial y el contacto con el paciente en el aquí y en el ahora. La actitud fenomenológica se manifiesta, por un lado, en la intención de percibir gestos, sonidos o movimientos que sean “fragmentos clínicos” (Brandalise, 2001, p. 31) propicios para desarrollar improvisaciones libres o con consigna; y, por otra, en la invitación a elaborar verbalmente el posible significado de las experiencias musicales, las posibles emociones vividas y los conflictos psíquicos que existan. Por cierto, como telón de fondo, coexiste un rol terapéutico de sostenedor o “acompañante” del paciente, en lo que sea su proceso, evitando juicios éticos o morales.

Las técnicas musicoterapéuticas más utilizadas, siguiendo el modelo de MT músico-centrada, corresponden en primer lugar, al uso de la improvisación clínica señalada por Wigram (2005b), con todas las variaciones posibles: en espejo, semi-espejo, imitación y copia, coincidir, y dar un fondo rítmico-armónico o melódico; además se utilizará composición de canciones (con y sin letra), como recomienda McFerran (2010) para el tratamiento con adolescentes. En menor medida, se utiliza también audición de canciones y de sonidos; ejercicios de activación corporal (respiración, uso de voz y movimiento) y de expresión plástica (para simbolizar emociones).

Durante el tratamiento, se realizan diversas entrevistas y conversaciones informales con la madre (3); con el psicólogo (2), con las profesoras (2) y con la psiquiatra (4).

El *setting general* del proceso, en tanto que “no-proceso” que permite observar los cambios al ofrecer estabilidad, consta de diversas dimensiones o *settings específicos*. Estos pueden ser distinguidos en sus variables instrumental, digital, espacial, temporal y teórica. El *setting instrumental* se compone de instrumentos de percusión de altura indefinida (maracas, caja china, huevitos, calimba, pezuñas, bombo, chéquere, triángulo, bongoe); instrumentos de percusión de altura definida (dos metalófonos y un arquín); instrumentos de cuerda (guitarra); y electrófonos (teclado). El *setting digital* se compone de: una grabadora de audio profesional TASCAM DR-40; una Cámara de video SONY HDR-PJ270; un Ipad Air con Garage Band; un parlante inalámbrico JBL FLIP 2; un teléfono inteligente con internet; un equipo de música pequeño; un computador en un escritorio y cables de conexión eléctrica.

El *setting espacial* corresponde a la sala de musicoterapia de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Se caracteriza por ser un espacio blanco de cuatro a cinco metros cuadrados, el cuál cuenta con relativa aislación de sonido, buena e intensa iluminación (tanto artificial como natural); regulador del aire (frío y calor, usualmente utilizada); suelo con alfombra removible; y objetos

como: pelota gigante de plástico azul; almohadones, colchonetas, materiales de dibujo (papel kraft, lápices de cera, a palo y scriptos); dos sillas de plástico y un escritorio. Cabe agregar que al comenzar las sesiones, el terapeuta decidía cada vez si dejar o no instrumentos específicos en el suelo, o dejar el espacio vacío. Sin embargo, nunca se alteró el espacio en sí, ya que todas las sesiones se realizaron en la misma sala.

Figura n°2: Sala de musicoterapia Infanto-Juvenil.



Respecto al *setting* temporal, las sesiones se realizaron los lunes a las 13:00 horas, tras terminar la jornada escolar (salvo escasas excepciones). Importante notar que el paciente no había almorzado y manifestaba regularmente deseos de comer y sueño. Lo anterior seguramente incidió negativamente en la sincronización corporal durante el primer período del tratamiento, ya

que luego este problema fue subsanado relativamente (paciente almorzaba antes). En segundo lugar, cabe agregar que las inasistencias del paciente (por motivos de salud, mal clima o días feriados), incidieron en la alteración del *setting* temporal (frecuencia semanal) en 4 ocasiones durante el proceso, afectando mayormente la fase diagnóstica.

Respecto al *setting* teórico, este se constituía en torno a la teoría de la intersubjetividad, la teoría del reconocimiento, la fenomenología y la importancia de la apreciación estética, como fue ya referido durante el marco teórico.

Por último, cabe mencionar que, previo consentimiento informado por parte del paciente y su tutor, todas las sesiones fueron registradas en una cámara de Video SONY HDR-PJ270 y en una grabadora profesional TASCAM DR-40. Las cintas inciden doblemente en la metodología: tanto al finalizar el proceso (en donde constituyen la fuente principal de datos para el análisis), como durante la realización del mismo, ya que los videos fueron vistos en el período entre sesión. De este modo, las supervisiones de la profesora guía y las entrevistas o conversaciones con el equipo terapéutico, dieron origen a reflexiones y orientaciones terapéuticas de distinto tipo (algunas de ellas registradas en protocolos y notas de campo del terapeuta).

d.- Análisis del proceso

A nivel general, pueden distinguirse las tradicionales tres fases en el proceso. Un inicio de carácter diagnóstico y exploratorio que se extiende las primeras cuatro sesiones, más la toma de contacto inicial; un desarrollo en donde ya hay claridad respecto al objetivo terapéutico, el cuál se extiende por diez u once sesiones; y un cierre de recapitulación y asentamiento de los logros, que dura dos a tres sesiones.

La hipótesis de lectura, es que es posible constatar un desarrollo progresivo del campo de intersubjetividad entre paciente y terapeuta. Es esto lo que arroja el microanálisis de 16 improvisaciones (libres, con consigna, como juegos o bien compositivas) escogidas a lo largo de las 17 sesiones. A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos a través del microanálisis (ver anexo nº1). En la columna de la izquierda se indica el número del fragmento escogido (microanálisis número x), se indica el número de sesión o video (v. número x), la fecha y la actividad realizada. En la columna de la derecha se indica el Promedio de Interacción corporal y musical según herramienta MTRS y la duración de la improvisación. Al finalizar, figura el promedio general del proceso terapéutico considerando la interacción corporal y musical en conjunto, y por último se indican por separado el promedio de la interacción corporal (RNV) y el promedio de la interacción musical (RSM). Se subrayan fenómenos llamativos que serán posteriormente mencionados durante el análisis

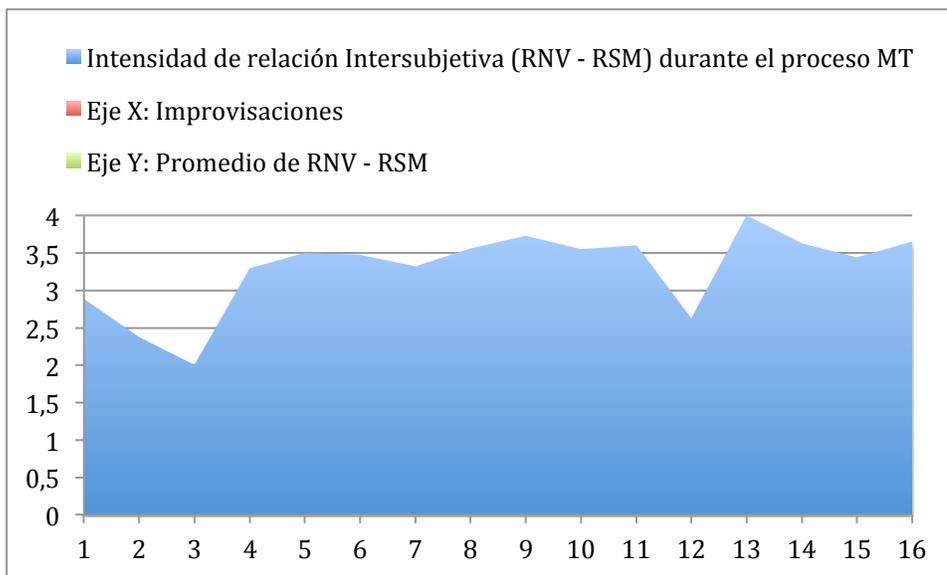
Tabla nº6: Síntesis Microanálisis. Actividades realizadas y Nivel MTRS.

Serie – Actividad principal.	Promedio interacción corporal y musical
MICROANALISIS 01 (v.1) – 24/08/16 Improvisación libre (P: bombo, T: metalófono).	2,88888889 (2:15)
MICROANALISIS 02 (v. 2) – 01/09/16 Diálogo en roles: (P: se interpreta a sí mismo en metalófono; T: rol de padre, bombo).	2,375 (2:00)
MICROANALISIS 03 (v. 3) – 14/09/16 Improvisación libre (P: metalófono; T: metalófono). Quiebre relación.	2 (2:45)
MICROANALISIS 04 (v. 4) – 28/09/16 Improvisación con imitación y eco. (T y P en 1 bongoe).	3,293103448 (7:15)
MICROANALISIS 05 (v. 6) – 19/10/16 Improvisación libre “erupción del volcán” (P. bombo; T: calimba).	3,5 (2:00)

MICROANALISIS 06 (v. 6) – 19/10/16 Composición-Impro. en base a secuencia acordes. P: Teclado; T: guitarra.	3,477272727 (6:30)
MICROANALISIS 07 (v. 7) – 26/10/16 Juego musical propuesto por P., en rol de terapeuta. P: Teclado; T: metalófono.	3,321428571 (7:00)
MICROANALISIS 08 (v. 10) – 16/11/16 i.-Grabación Voz Canción “un verdadero amigo” – ii.- P: Teclado; T: guitarra; ambos voces.	3,5 (2:15)
MICROANALISIS 09 (v. 11) – 30/10/16 Grabación instrumentos de canción “un verdadero amigo” P: Teclado; T: guitarra.	3,733333333 (3:40)
MICROANALISIS 10 (v. 12) – 07/12/16 Improvisación Libre. Atmosférica (contención post-catarsis y post-baño sonoro) P: metalófono; T: calimba y pezuñas.	3,55 (5:00)
MICROANALISIS 11 (v. 13) – 07/12/16 Improvisación sincrónica, atmósfera y en base a melodía compuesta por paciente.	3,604166667 (5:30)
MICROANALISIS 12 (v. 15) – 28/12/16 Improvisación consigna “toquemos juntos”. Quiebre de consigna, P: toca metalófono de forma individual; T: arquín.	2,625 (3:45)
MICROANALISIS 13 (v. 15) – 28/12/16 Improvisación rítmica consigna “estar pendiente del otro”. P: toc-toc; T: guitarra percutida. Notoria mantención mirada conjunta.	4 (1:45)
MICROANALISIS 14 (v. 16) – 04/12/16 Improvisación libre: “yo toco la base, tú tocas encima”. 4 manos en teclado. Atmósferas. P: improvisa melodías; T: Soporte armónico.	3,625 (5:00)
MICROANALISIS 15 (v. 17) – 11/01/16 Última Improvisación libre “que tenga forma”. P: teclado; T: guitarra.	3,444444444 (2:15)
MICROANALISIS 16 (v. 17) – 11/01/16 Última Improvisación libre, “que tenga forma” P: teclado; T: guitarra.	3,65625 (4:15)
Promedio General Tiempo total analizado: 1:03:10	3,287118005: promedio total 3,241378144: promedio RNV 3,441759381: promedio RSM

Al llevar a expresión gráfica los distintos promedios observados en el grado de conexión intersubjetiva durante las improvisaciones, es posible constatar una línea que comienza en bajos niveles de conexión durante la fase de diagnóstico (2,6 en promedio MTRS), y va ascendiendo a niveles mayores y estables durante el desarrollo (sesiones 5-11) y en el cierre la terapia (3,4 en promedio MTRS). De este modo, es factible sostener que el paciente incrementó sus habilidades comunicativas tanto a nivel no verbal (corporal, gestual, emocional) como a nivel sonoro-musical (expresando dinamismo e iniciativa en su forma de tocar con otro). La curva de progreso, no obstante, no es lineal ni predecible, y presenta asimismo caídas en algunas sesiones (sesiones 03 y 12), que serán comentadas en el análisis. En este sentido, resulta útil para hacerse una idea general de la terapia, antes de entrar en una análisis de carácter más descriptivo-interpretativo, especificado diacrónicamente por fases y períodos claves.

Figura n°3: Gráfico evolutivo de conexión intersubjetiva córporeo-musical, basado en 16 fragmentos de improvisaciones realizados a lo largo de 17 sesiones de musicoterapia.

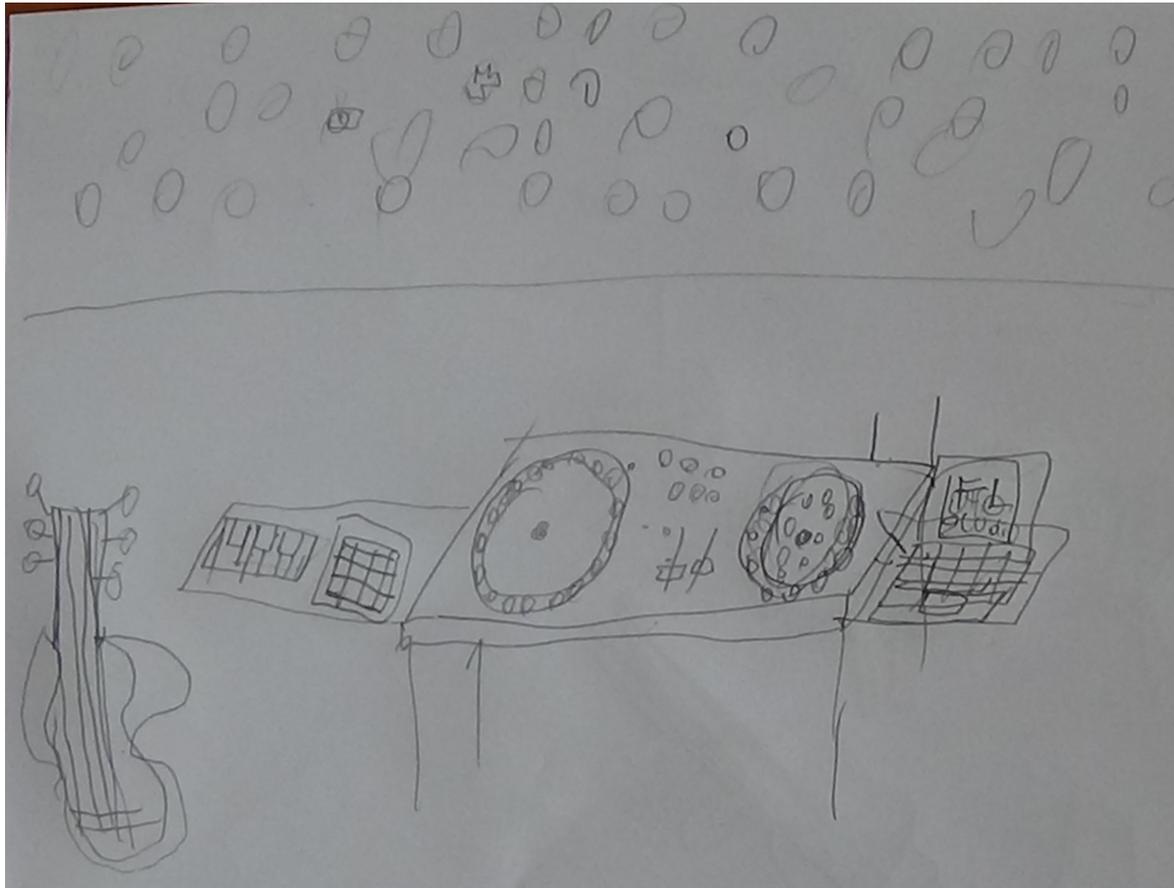


i.- Fase Diagnóstica.

Como ya fue mencionado, durante la fase diagnóstica se realizan diversas improvisaciones (libres o con consigna), exploración de instrumentos, audición de canciones y conversaciones biográficas, las cuáles van dejando aparecer los núcleos sanos del paciente: la disposición al “juego” con otro, la sensibilidad estética tipo electrónica “ochentera”, el marcado interés por el teclado (donde conoce algunos acordes y puede llevar el pulso) y, en menor medida, por la guitarra (conoce también algunos acordes y canciones), y la presencia de fuertes preferencias musicales (electrónica, funk, rock). Asimismo, aparecen los núcleos conflictivos, como el extenuante trayecto al colegio en locomoción pública, los problemas con su padre y núcleo familiar, el trauma por la agresión recibida en los colegios anteriores, y la dificultad para conseguir y mantener amistades. Lo anterior se acompaña de un bajo nivel físico-emocional durante la fase diagnóstica, expresado en bostezos, incomodidad física y calambres.

Se perfila así la presencia de una subjetividad claramente musical y digital, que confirma el uso generalizado de los adolescentes con respecto a la música en tanto que “ventana” (proyección) y “espejo” (identificación) de su identidad en formación (McFerran 2009). Lo anterior se puede apreciar con claridad en los dibujos que realiza el paciente al escuchar en terapia (sesión 03) algunas canciones de su gusto (“Lose yourself to dance” de Daft Punk y “Here comes the sun” de George Harrison, a la cuál agrego “Jealous guy” de John Lennon). A continuación se muestra el dibujo de una de las canciones que ejemplifica con claridad la manera de simbolizar su particular subjetividad musical y digital.

Figura nº4: Dibujo de JD a partir de audición “Lose yourself to dance” (Daft Punk)



En la elaboración verbal, JD menciona “es como un sentimiento de fiesta y de instrumento. Guitarra eléctrica, sintetizador funky (...) sensación buena, entretenida” (sesión 03). Cabe agregar, en un análisis más interpretativo, la presencia conjunta de instrumentos musicales electrónicos y de público. Existe, así, una relación entre el estilo musical y una personalidad extrovertida que se siente cómoda en espacios sociales como las fiestas, siendo esta última imagen una expresión de un deseo o una visión ideal de sí (McFerran 2010, pág. 62). De allí que sostenga, en sesiones posteriores, que su “sueño” sea “convertirse en DJ”. Acaso dicho ideal implica también el tener muchos amigos o gente que lo estime.

Respecto a la presentación del conflicto familiar, cabe mencionar las elecciones realizadas por el paciente en la sesión 02 para representar a cada miembro mediante la improvisación. Su padre es el tambor. El paciente toca con ritmo fuerte y monótono. Sostiene luego “él es medio enojón y siempre pasa enfermo, trabaja mucho y no se cuida... es cariñoso hasta ahí nomás, a veces se pasa de esforzado que es... no comparte mucho con nosotros, porque trabaja mucho, llega tarde... es testarudo” (sesión 02). Posteriormente, se complementa esta apreciación con los comentarios del equipo terapéutico y de las profesoras, quienes confirman que el padre y, en menor medida la madre, constantemente recrimina a JD, sin aceptar su forma de ser y su idiosincrasia expresiva, aumentando así el daño recibido por el *bullying*.

Respecto a su madre, JD la interpreta mediante el arquín, el cuál toca tirado en el suelo. JD pasa la baqueta suavemente hacia arriba y abajo por diez segundos (sesión 02), y luego dice:

Ella es buena, es más comprensiva, pero a veces también se enoja, como por ejemplo que me venga a dejar todos los días al colegio y ella se cansa. Eso es lo que pasa. Se cansa... Me dice ojalá te pudieras ir solo, pero se contradice mucho... después me dice no pero tu seguridad, y se contradice. Como que el poder es el miedo. El miedo evita todo. La inseguridad. Y yo también que me quedo dormido en la micro. (sesión 02)

Respecto a su hermana, escoge el arquín y el bombo. Pasa la baqueta lentamente y una sola vez desde las notas más agudas a las más graves, para caer después en el bombo, dando 5 toques regulares y secos. Luego elabora: “porque cuando éramos chicos jugábamos, era simpática, ahora ya no tiene tiempo pa’ nada, está más pesá’, más estresada y todo eso. Desde que entró a la PDI todo se hizo peor, se hizo más pesada, más cuadrada” (sesión 02). Interesante notar que la construcción simbólica de su hermana concuerda con una figura sintética de una dialéctica de los instrumentos ya escogidos como representativos de su padre (bombo) y de su madre (arquín), dado el caso que habían muchos otros instrumentos a disposición. En este supuesto, podría interpretarse que la hermana efectivamente reúne características de ambos, en

especial, la simpatía o la afectuosidad de su madre (arquín), con la lejanía y carácter estresado e irritable de su padre (bombo). Como se ve, la construcción simbólica empieza en el arquín y termina en el bombo. Lo anterior guarda un carácter analogable a lo sostenido por el paciente en sesiones posteriores, en donde narra con aflicción y en tono de queja, que su hermana (antes de estudiar en la universidad) era cercana a él, una figura de apoyo durante su infancia, pero que actualmente es una persona distante, a causa de su profesión y su autonomía económica.

Interpreta también a su perro mediante las maracas, con movimientos rápidos y enérgicos, “porque es inquieto y rabioso”. El perro, asimismo, es un vínculo afectivo valorado por el paciente y que representa un espacio de desarrollo, puesto que JD es el responsable de sus cuidados (sacarlo a pasear diariamente y alimentarlo).

Finalmente, ante la pregunta de con cuál instrumento se identifica él, indica que el sintetizador y el teclado, “porque igual soy inteligente, tengo buena memoria y tengo buen oído. Aunque a veces me hecho a perder... me pongo frágil y tengo muchos sentimientos encontrados, me da rabia soy muy picota”. Ante lo que pregunto “¿cuándo te picas?”, y responde “no lo quiero recordar”. Cabe notar al respecto, un núcleo de salud referido a una sana auto-confianza en términos de sus capacidades intelectuales y musicales. No obstante, esta se ve opacada en cuánto emergen elementos traumáticos que no desea recordar por ningún motivo. Este elemento de rechazo a recordar las experiencias pasadas, alusivas al *bullying*, estará presente durante toda la sesión. No obstante, en algunas ocasiones de la fase central estos núcleos conflictivos (*bullying* y familia) se fueron abriendo y expresando a través de preguntas indirectas o bien mediante analogías que se daban respecto a ejercicios de improvisación musical (revisar análisis sesiones 11 y 12).

Del diagnóstico se concluye además el tono de baja energía física (muscular o emocional) que caracteriza al paciente. JD a menudo se muestra reacio a realizar ejercicios corporales y vocales, y manifiesta constantemente sueño, calambres (en dos ocasiones) y escasa flexibilidad corporal. Además, es de notar su gran estatura (sobre 1,80 metros) y su voz en proceso de transición entre infancia y adultez (con “gallitos” constantes). Así, JD parece aun no conocer o poder controlar mejor su corporalidad en transición.

Este débil e inflexible tono corporal se expresa con claridad en la construcción de relaciones intercorporales de bajo nivel, tal como indican los microanálisis 01, 02 y 03, referentes todos a improvisaciones realizadas durante la fase diagnóstica. En estas primeras improvisaciones el paciente obtiene los más bajos promedios de interacción córporo-musical con el terapeuta (2,8 – 2,3 – 2) de todo el tratamiento (Ver tabla nº6 y anexo nº1).

Un rasgo clave que aquí incidió en esta puntuación baja en relación con el resto del tratamiento, tiene que ver con el rechazo o la evitación de la mirada conjunta (en primer lugar) y de la atención conjunta (en segundo lugar). Como habíamos visto en el marco teórico, Stern (2005), Schumacher (2007a; 2007b), Raglio (2011) y otros, coinciden en el importante rol que la mirada y atención conjunta representa para la relación intersubjetiva. En este sentido, uno de los objetivos y logros del tratamiento fue ofrecer un espacio de confianza que permitiera aumentar significativamente y de modo permanente el grado de conexión con el otro, y en especial, la mantención de la mirada conjunta, el entonamiento afectivo y la expresión emocional.

Por último, cabe mencionar que el período de diagnóstico fue también el más inestable en términos de regularidad o *setting* temporal, factor que seguramente también incidió en la baja puntuación del comienzo. Cabe notar que de las cuatro inasistencias totales que tuvo el tratamiento, se registran dos inasistencias en la fase diagnóstica (entre la sesión nº 02 y la sesión

nº 04). Por lo tanto, durante ese período, se realizaron sesiones con frecuencia quincenal, configurando así un ritmo más lento.

ii.- Fase Central

El núcleo de la terapia se extendió por 10 u 11 sesiones, también de una hora aproximada cada una. El *setting* temporal se mantuvo estable, existiendo solo dos inasistencias en este período. La fase central corresponde fundamentalmente al período en el cuál se asienta la relación, aparece mayor confianza y se realizan actividades de diverso tipo (improvisaciones varias -con y sin consignas-; composición de canciones; baños sonoros; conversaciones y elaboraciones verbales).

Una forma posible para leer globalmente esta fase se puede llevar a cabo mediante la detección de los períodos claves del tratamiento, ya sean estos sesiones encadenadas, o sesiones aisladas. En la presente ocasión, aparecen dos encadenamientos significativos. El primero ocurre entre las sesiones 06, 07 y 08, en donde puede observarse la articulación de una cadena terapéutica, en el sentido de ser visible la influencia consecutiva y acumulativa de una sobre otra (06 sobre 07; 06 y 07 sobre 08), a causa, quizás, de la realización de diversas técnicas musicales (improvisación y composición) y lógicas de interacción (inversión de roles), que resultaron atractivas e innovadoras para el paciente. En esta lectura, el encadenamiento de las sesiones 6-7-8 tiene actúa como un motor que inicia con energía el desarrollo central de la terapia, quebrando así la dinámica lenta y de tono bajo que se presentó durante el diagnóstico.

En segundo lugar, aparece un segundo encadenamiento entre las sesiones 11 y 12, las que resultan significativas ya que son eminentemente verbales, y la sesión 12, en particular, es una sesión totalmente catártica. De este modo, el tratamiento se desplaza en cierta medida desde el

plano más sonoro-musical hasta el plano verbal, a causa del deseo del paciente por narrar sus conflictos psíquicos y expresa su deseo por encontrar vías de salida.

Desde un análisis retrospectivo, las otras sesiones de la fase central se van desplegando como desarrollos o profundizaciones de algunos hitos de las cadenas 6-7-8 u 11-12, siendo así, sesiones “satélites”, ya que orbitan en torno a otros núcleos. Por ejemplo, las sesiones 9, 10 y 11 tienen por función principal continuar la actividad de composición de la sesión 08; y las sesiones 13 y 14, al finalizar la fase central, aplican de forma fluida improvisaciones (libres y en base a acordes) que dan pie para profundizar aspectos psicológicos ya detectados.

a.- Encadenamiento Sesiones 6-7-8

Al analizar el tratamiento, es posible indicar una relevante función a la sesión 06, dado que en ella se realizan múltiples improvisaciones que alcanzan un mayor nivel de conexión en términos de sincronidad corporal y musical que el que predominaba en la fase diagnóstica, tal como se constata en los microanálisis 05 (duración 2:00, puntaje MRSV de 3,5) y el microanálisis 06 (duración 6:30, puntaje MRSV de 3,4). (ver tabla nº6 y anexo nº1)

La primera improvisación tuvo como consigna interpretar “la erupción de un volcán”. El paciente toca el bombo y el terapeuta la calimba y las maracas. Ambos están sentados frente a frente en colchonetas. Mientras tocan aparece un pulso en común que ambos van acelerando o ralentizando. En la audición el paciente realiza una lectura simbólica, en donde la calimba es la “naturaleza”, el tambor es el “volcán” y las maracas se usaban para generar “suspense”.

En la segunda improvisación analizada, el paciente toca rítmicamente dos acordes en el teclado (do mayor – fa mayor, conoce pocos acordes) durante 6:30, brindando la base armónica de la improvisación, mientras el terapeuta inventa melodías en la guitarra que están dentro del

tono. Ambos están sentados en sillas y en posición frente a frente. Nuevamente comparten un pulso regular dado que la dinámica consiste en tocar juntos bajo una estructura. Al finalizar, el paciente comenta “Me gustó. Para ser primera vez es como que está bien organizado. Primera vez que está bien organizado, y no hay tantos errores ... me sentía bien mientras tocaba, me sentía súper” y concluye “si yo toco por la mía y tú por la tuya, cómo va a salir? Entonces hay que estar bien organizados”. (sesión 06)

De este manera, se establece y se integra la improvisación como una forma estable y efectiva de comunicación entre paciente y terapeuta. Además, como aprendizaje parcial, reflexioné que al improvisar en base una estructura musical estable, el paciente experimentaba una sensación de bienestar, la cuál puede atribuirse al “placer estético” y al vínculo social o intersubjetivo implícito que se genera al proponer una estructura común, ya que esta aumenta el grado de atención (atención-conjunta) y facilita la comunicación músico-corporal. Los roles semi-fijos, en este sentido, ofrecen un espacio transicional entre la flexibilidad y la estructura, el cuál puede ser más fructífero que la libertad absoluta o bien que el apego a normas estéticas tradicionales. Como sostiene Kim y otros:

La interacción musical improvisatoria puede aumentar la flexibilidad y creatividad en un marco estructurado para aquellos niños que no pueden fácilmente adaptarse por sí solos a la impredecibilidad de la vida diaria. Por esto, la música improvisada en relación a la expresión musical y no musical del niño es un forma ideal para trabajar asuntos de control y rigidez con estos niños. (2008, p. 1764)²⁰

En la sesión 07 se intentó continuar con la lógica de “inter-actividad”, cuyo germen aparecía en las improvisaciones “logradas” (en el sentido de haber sido valoradas positivamente por el paciente). En esta ocasión, a sugerencia de la profesora supervisora, se introdujo una

²⁰ Traducción personal del texto original: “The possibilities for stability (predictable structure) and flexibility (spontaneity)... Improvisational musical interaction can foster flexibility and creativity in a structured framework for those children who cannot readily adjust themselves to the unpredictability of daily life. Therefore improvised music in relation to the child’s musical and non-musical expression is an ideal way to work through issues of control and rigidity with these children”. (Kim et al, 2008, p. 1764).

alteración provocadora en el *setting*: la inversión de roles. “Hoy vamos a invertir nuestros roles, desde ahora tú, JD, eres el terapeuta y yo soy el paciente. Puedes disponer de lo que tú quieras. Acuérdate de todo lo que hemos hecho... Yo soy JD ahora” (sesión 07).

La consigna llevaba una provocación implícita orientada a quebrar los rasgos o patrones fijos de comportamiento o pensamiento de JD, en especial la actitud pasiva que muchas veces mostraba, la cual en muchas ocasiones es propia a su rol de “estudiante” e “hijo”. Para sorpresa del terapeuta, el paciente se hizo cargo de la consigna de forma rigurosa y guió la terapia por un extenso período (más de 40 minutos). Así, JD dio instrucciones y actividades diversas, demostrando comprensión e integración de las prácticas musicoterapéuticas. Ejemplos: “¿Qué instrumento quiere tocar? (...) Ahora improvisamos y pensamos un poco, toque lo que usted quiera (...) Ahora intente ver las notas –imitarlas- (...) Ahora improvisación libre. Toque lo que siente y después adivino. Yo tocaré lo que siento. Toquemos los dos juntos (...) Exprésese libre (...) ¿Qué sentimientos sintió? ¿Sintió felicidad? (...) Haga una representación de su día lunes con un instrumento” (sesión 07).

Como constatan las citas y el alto puntaje obtenido en el microanálisis 07 (puntaje MTRS de 3,3; duración 7:00), el ejercicio generó notoria participación e interés en el paciente. La variación e inversión de una “estructura” fundamental, en este caso la de los roles sociales o profesionales (paciente-terapeuta), fue vivida por el paciente desde un plano *lúdico* que le es propio. El ejercicio significó un avance en el tratamiento, ya que propició un *insight* respecto a la importancia de sentir como el otro. En efecto, al ser preguntado por cómo se sintió ser terapeuta, él responde:

Raro. Como que nunca he tenido eso en mi vida. Me sentía que igual podía llevar la improvisación, pero no tanto. Tenía como miedo a que el paciente, usted, se aburra o algo así. Fue un desafío (...). Aunque igual fue bonito. (¿qué aprendiste?) Que la carrera no es

fácil. Siempre he dicho que no es tan fácil ser terapeuta. Hay que tener mucha paciencia y no cometer tantos errores (...) No se me ocurrió lo que hay que hacer (...) hice lo típico (...) Es difícil, hay que tener paciencia, uno busca la atención de la otra persona y trata de ayudarlo. (sesión 07).

En la sesión 08 el paciente llega con una actitud positiva, liviana y activa, que se infiere de su corporalidad y su deseo de narrar sucesos de su semana. La razón de dicho buen humor, expresada por él, es que el fin de semana pasado había dormido en casa de un amigo del colegio.

Así, luego de narrar diversos sucesos importantes de su semana, ocurre el siguiente diálogo:

T: ¿Qué pensaste durante la semana con respecto a la actividad que hicimos la sesión semana pasada?

P: Pensé que igual hay que tener empatía, mucha empatía (...) Eso como que vimos, como estar en el lugar del otro. De ahí como que se trabaja la empatía (...) podí saber lo que siente el otro.

T: ¿Tú sientes que eres una persona empática?

P: Más o menos. Es que a veces no siento en el lugar del otro. Es que cuesta, cuesta mucho, porque (...) porque todos somos diferentes.

T: ¿Con qué personas puedes ser empático?

P: Con mi familia, pero hasta ahí no más (...) A veces trato de comprender a mis amigos, para que también me comprendan. No tengo muchos amigos (...) Me quedé alojando con A., el sábado y el domingo, mi amigo del colegio (hospitalario).

T: ¿Qué hicieron?

P: Jugamos, salimos a la calle, etc.

T: ¿Crees que influyó el hecho de dormir bien en que ahora estés contento?

P: No, no creo que haya influido tanto. Creo que influyó más que la pasé bien (...)

T: ¿Tú crees que esa relación con A. es empática?

P: Tal vez... porque nos entretenemos, jugamos, etcétera.

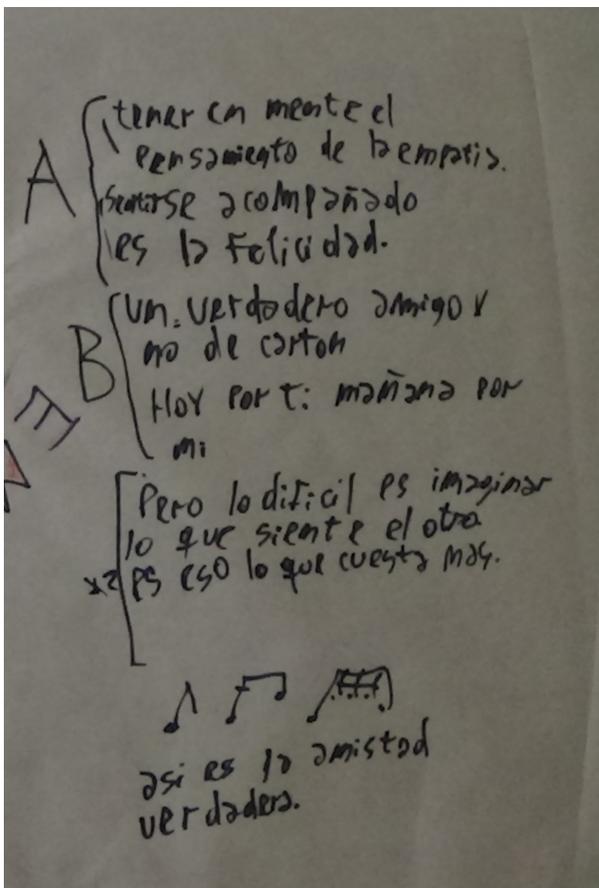
Llama la atención el que reconozca plenamente que la razón de su buen ánimo no tenga que ver con un factor físico (como el sueño), sino por haber compartido tiempo y experiencias con su compañero de aula hospitalaria, en un espacio extra-colegial.

A raíz de esta conversación, traída a colación a causa de la experiencia de la sesión anterior (de allí el encadenamiento que emerge), le propongo escribir en papel kraft algunas frases de lo que está hablando. JD accede y mientras habla, yo escribo algunas frases y él otras que hacen referencia a la “empatía”. Al centro del papel escribo con letra grande la palabra

“empatía” y a su alrededor escribimos entre los dos frases desordenadas dichas por el paciente, tales como: “así es la verdadera amistad; tener en mente; pensamiento; felicidad; un verdadero amigo y no de cartón; sentirse acompañado; hoy por ti mañana por mí; cuesta imaginar lo que siente el otro”. (Sesión 08)

Luego, le propongo observar el papel con las frases y pensar si acaso estas tienen relaciones entre sí. Vamos entonces identificando en conjunto los pequeños núcleos de dos o tres frases. Le sugiero darles una forma o estructura en estrofas, a lo que el paciente accede demostrando interés. En este proceso de elaboración poética escogemos una parte a, una parte b (que después será estribillo) y una parte c. Hacemos calzar también los versos para que suenen mejor y tengan el largo adecuado. El texto resultante es este, y es llamado “un verdadero amigo” por el paciente:

Figura nº 5. Letra de la canción “un verdadero amigo” de JD. Primera fase de Composición.



La letra de “un verdadero amigo” dice “Parte A: Tener en mente / el pensamiento de la empatía. / Sentirse acompañado / es la felicidad / Parte B: Un verdadero amigo / y no de cartón / hoy por mí, mañana por ti / Parte C: Pero lo difícil es imaginar / lo que siente el otro / es eso lo que cuesta más / Final: Así es la verdadera Amistad” (sesión 08).

Como puede observarse, en esta elaboración verbal están presentes muchos de los elementos psíquicos y emocionales más significativos para el paciente. La parte A indica la atribución de valor que el paciente otorga a “sentirse acompañado” que equivale a sentirse feliz, de manera que conviene siempre “tener en mente” o recordar el “pensamiento de la empatía”. La parte B expresa directamente su deseo: tener un verdadero amigo, que no lo traicione o juzgue, que lo acepte tal cuál como es, de manera que sea posible establecer una relación basada en un reconocimiento recíproco: “hoy por ti, mañana por mí”.

La parte C expresa el conflicto y demuestra auto-consciencia respecto de las capacidades y dificultades del paciente para poder vivir de acuerdo al pensamiento empático (parte A) y tener así amigos verdaderos (parte B). La parte C muestra la contradicción que manifiesta el conflicto psíquico del paciente, ya que si bien la empatía es deseable y necesaria, cuesta “imaginar” lo que “siente” el otro, dice JD. Como vemos, para JD el otro es a veces un otro muy distinto al yo, de manera que es necesario “imaginar” por qué siente como siente (adviértase, no es “sentir como siente el otro”, sino “imaginar lo que siente el otro”). Esto expresa lingüísticamente el que, para él, el ser empático constituye un esfuerzo consciente, un tipo de imaginación orientada a descubrir los estados y reacciones emocionales de un otro que es muy distinto a él. Por último, el final “así es la verdadera amistad”, fue escogido por JD para titular la composición con el nombre “un verdadero amigo”. Ahora bien, como sabemos, los “otros” con quienes cuesta empatizar, a los cuáles se refiere el paciente, son fundamentalmente los pares adolescentes,

posibles amigos y los integrantes de su familia, en especial su padre, el menos empático según comenta.

Dada la riqueza psicológica y expresiva de esta composición poética, es que le propongo convertirla en canción entre los dos, a lo cuál el paciente accede inmediatamente, dedicando así nuestra próximas sesiones (09, 10 y 11) a la composición y posterior grabación por pistas en programa Garage Band de la canción “un verdadero amigo” y de otras sin letra, más “electrónicas”.

El proceso de composición de canción fue el más extenso y uno de los más determinantes del tratamiento. En efecto, podría encontrarse un sentido al devenir de la terapia, al plantear que el encadenamiento de las sesiones 6-7-8 dio lugar a una confianza y un deseo de interactuar en conjunto. Así, el proceso de composición tuvo diversas fases, las cuáles marcaron las actividades centrales de las próximas 3 sesiones. La primera fase, como ya dijimos, consistió en la composición de una letra en conjunta (sin saber que sería canción). La segunda fase (sesión 09) se orientó a una búsqueda y acuerdo conjunto de la estructura armónica mediante diversas improvisaciones y evaluaciones verbales de los resultados parciales. En esta fase, por primera vez el paciente *improvisa melodías* libremente, mientras yo doy el fondo armónico (y luego hay inversión de roles). La tercera fase (sesión 09) se orientó a la exploración de la voz, a través de ejercicios respiratorios y la creación de melodías vocales para cantar los versos. La cuarta fase (sesión 10 y primera mitad sesión 11) se dedicó a la grabación de la canción. Esta se dividió en dos partes: grabación de los instrumentos y luego grabación de la voz de la parte A (sesión 10), y luego grabación de los instrumentos y luego la voz de la parte B (primera mitad sesión 11).

McFerran (2010) señala lo provechoso que son las técnicas de composición con adolescentes, en cuanto permiten una interacción fluida y sin jerarquías entre paciente-terapeuta,

y, asimismo, provocan una posible sensación de logro al haber compuesto una obra. En el caso presente, interpreto el valor de este proceso compositivo en cuánto cada fase mencionada se ejecutaba en relación a *evaluación conjunta* de todos los elementos (las letras, las improvisaciones, la estructura de acordes, los ritmos). Así, el paciente proponía ideas, cambiaba o aceptaba sugerencias, demostraba sus gustos por ciertos sonidos, etc., siendo siempre validado por parte del terapeuta en sus apreciaciones, salvo cuándo estas llevaban a puntos de fijación que impedían creatividad (ejemplo, cuándo volvía al tópico del trayecto en micro de su casa al colegio, sobre el cuál ya se había tratado con improvisaciones y conversaciones en múltiples ocasiones).

A nivel de resultados, cabe mencionar en primer lugar la satisfacción que le produjo a él y al terapeuta la canción terminada. Pero, más allá del producto, el período de construcción de la canción generó un afianzamiento de la intersubjetividad, como es posible de observar en los microanálisis 08 y 09 (ver anexo n°1), dedicados a las fases de grabación de la composición. Estos evidencian que el proceso de componer una canción puede involucrar sustantivamente al paciente. En efecto, el microanálisis 08 (2:15) puntúa 3,5 en MTRS mientras que el microanálisis 09 (3:40) alcanza 3,7 en MTRS (ver anexo n°1).

La razón de lo anterior pienso que estriba en dos aspectos: i.- El grado de involucramiento y reciprocidad se incrementa al improvisar, componer, grabar y evaluar en conjunto. A nivel físico, se integra la interacción verbal, las miradas conjuntas y la interpretación de instrumentos. A nivel psicológico, se valida la capacidad de apreciación estética que todos tenemos para poder crear o componer canciones. ii.- Como indican los microanálisis referidos, correspondientes al momento de grabación vocal (microanálisis 07) e instrumental (microanálisis 08), el momento de grabación posee la particularidad de requerir mayor atención y concentración

(ver anexo nº 1). El hecho de saber que se va a grabar algo para la posteridad, puede generar (y de facto generó) la atribución de un estatus especial al “evento”. Así, el momento presente se transforma al saber que será registrado y tendrá, por consiguiente, una especie de vida autónoma como imagen auditiva.

A nivel de conclusión parcial, considero que la acción terapéutica llevada a cabo en este procedimiento consistió, fundamentalmente, en tomar como material de trabajo los contenidos psíquicos verbalizados que encarnan los deseos y sufrimientos del paciente, para ejecutar una composición en capas de aquello mismo que demandaba su canción. Es decir, la estrategia terapéutica fue “performar”, ejecutar, desde el plano corporal, musical y verbal, aquellas habilidades que el paciente añoraba poseer y lamentaba carecer, reunidas en un concepto ambivalente de “empatía”. Así, la evaluación y toma en conjunto de decisiones respecto de las fases de la canción, llevan implícito y realizan un reconocimiento de la apreciación estética y las capacidades interpretativas-musicales de otro, con quien, además, se trabaja sin jerarquía en torno a una meta estética en común.

Para finalizar, cabe mencionar el riesgo que contuvo la aplicación de este procedimiento. Como fue mencionado, componer y grabar requiere muchas sesiones y ensayo, lo que entraña también el peligro de volver muy técnica, mecánica o cognitiva la dinámica de la terapia (como ocurrió a momentos durante la sesión 11), o bien de fracasar, si acaso el objetivo está puesto sólo en el resultado final (ya que la composición siempre puede verse interrumpida o descontinuada).

b.- Encadenamiento de las sesiones 11-12.

A nivel musical, durante la primera mitad de la sesión 11 se terminó de grabar la canción y se realizó una improvisación libre. Durante la sesión 12 se realizó un baño sonoro mientras el

paciente lloraba recordando escenas de *bullying*. Para finalizar, se realizó una improvisación marcada con un alto índice de intersubjetividad (Microanálisis 10; 3,5 puntos MTRS; duración 5:00) y por la presencia de “atmósferas” que reforzaban la sensación de contención.

Sin embargo, lo más distintivo de esta secuencia de sesiones 11-12 no radicó tanto en la música como en una elaboración verbal cargada de emocionalidad. En ambas ocasiones, el paciente narró largamente distintas situaciones que lo aquejaban en ese momento. Así, la segunda mitad de la sesión 11 estuvo dedicada a hablar con rechazo sobre su experiencia traumática de los colegios y casi la totalidad de la sesión 12 fue dedicada a narrar con tristeza y variados períodos de llanto, la sensación de soledad y aislamiento que lo embargaba. En este sentido, es que puede concebirse que ambas sesiones funcionan como un grupo, en tanto expresan un conflicto psíquico recurrente en torno al *bullying*, las relaciones familiares, y la imposibilidad de vincularse con otros (hacer amigos).

Es a raíz de una improvisación libre realizada en la sesión 11, que el paciente comienza a hablar directamente de sus emociones, dando pie a que estas fueran el punto temático central. Cito su elaboración: “Así voy, así es mi vida, voy acá, voy allá, voy ahí, voy ahí. A veces estoy feliz, a veces estoy triste... Si alguien me reta o me insulta, me enoja al tiro. Son mis *emociones*. Alegría, tristeza, enojo.... La tristeza se me mezcla con el enojo” (Sesión 11, énfasis añadido).

Posteriormente, en la misma sesión, JD abre el tema del *bullying*, y declara un valioso testimonio que se dejará aquí no sólo para alcanzar mejor comprensión del daño que implicó para el paciente el ser blanco constante de agresiones, sino también como muestra de la herida que el sistema educacional genera para muchos de sus estudiantes que no se adecúan a sus normas.

En el colegio me molestaban, y yo daba un golpe, y empezaba una pelea, y al final yo salía perjudicado. Y si yo acusaba me decían mamón. Y si yo iniciaba una pelea, yo salía

perjudicado, yo era el culpable (según los profesores). Ahora estoy mejor... menos mal que me fui de ese colegio, ahora en este colegio estoy mejor, menos mal que quedé el próximo año (en el colegio hospitalario), porque yo con mi mamá estábamos desesperados por buscar colegios para el próximo año, porque yo le tengo fobia al colegio, yo le tengo miedo a lo que dicen, a los que pegan, le tengo miedo a algunas personas que son antipáticas, que son pesadas. A mi me gustan las personas como mi compañero, mi partner, que es simpático. A veces se enoja pero no es conmigo, pero jugamos, etc. O algunos amigos que tengo por ahí, pero son simpáticos. Uno no va al colegio como hace tres años, por lo mismo. La semana pasada me junté con él, nos reímos harto... Vive en la misma villa... Jugamos, conversamos, vemos videos chistosos... Al principio (los compañeros) eran simpáticos y luego se ponen pesados... Es que siempre pasa eso en los colegios que vaya... En Marzo, todos unidos como curso, hasta los primeros días de Abril, de un día pa' otro se forman los bandos, después como que molestan al diferente, empiezan a hacer bromas poco a poco y se ponen antipáticos. Ojalá estar aquí hasta cuarto medio... A veces me cuesta mucho repararme (...) No sé quién inventó los colegios, deberían ser como las universidades, más libres. (...) Me gustaría (...) que se pueda conversar con los profesores y se pueda interactuar más. Y un sistema más interactivo, porque el colegio es muy latoso a veces (...) Y que no molesten los compañeros ni los profes, pero es difícil. (¿los profes molestan?, le pregunto) Sí, eso me ha pasado en varios colegios. Comienzan a insultarme y son pesados, y algunos profes solamente quieren hacer la clase y chao, no les interesa el curso. Y algunos después me dicen oiga yo estoy en mi hora de descanso (...) lamentablemente el sistema educacional es así, menos mal que salí de ese sistema. (Sesión 11)

Como se nota en el testimonio, el paciente posee un claro daño psicológico a causa de la agresión de sus compañeros y la indiferencia de los profesores, daño al cuál no sabe cómo enfrentarse ya que intenta olvidarlo y, por lo general, rechaza hablarlo, aseverando en varias ocasiones que “recordar me deprime más” y “algunas cosas hay dejarlas olvidadas para siempre”, frase esta última que tomó, según dice, de un video juego. Su estrategia, sin embargo, resulta fallida, porque a menudo vuelven los conflictos a manifestarse, de distinta forma y con distinta carga emocional, como evidencia su declaración: “Lo que pasa es que yo trato de guardarme las cosas y olvidarlas, pero es difícil, es difícil” (Sesión 12).

La extensa sesión 12 (1 hora 20 minutos) será el momento en que se exprese con intensidad su tristeza, pasando gran parte de la sesión llorando acostado en colchonetas. El motivo que gatilla este evento emocional, corresponde, al parecer, a la proximidad de las

vacaciones, según me informan también sus profesoras. Ante el escenario de no asistir más a su querido colegio hospitalario, el único lugar realmente acogedor para él (conjunto al espacio virtual), le angustia la idea de quedarse en casa, en donde casi no tiene amigos y su familia no le brinda la atención que necesita. Cito al paciente: “Es que me doy cuenta de que yo trato de juntarme con alguien, pero es difícil porque pasa esto, pasa esto otro y cuando viene el verano me doy cuenta de eso. Porque quiero el computador pero después me doy cuenta de que necesito estar con alguien. Necesito estar con alguien, después me aburro, empiezo a ver tele. Vienen las vacaciones, yo me quedo en casa, me quedo aburrido” (Sesión 12). Por lo tanto, las vacaciones implican soledad para el paciente, y con ello, períodos de desequilibrio emocional. Esta misma asociación es confirmada por las profesoras del colegio, ya que dicen que el paciente llegó muy inestable emocionalmente luego de las vacaciones de invierno pasadas (Julio 2015).

En este sentido, se esclarece que el motivo de sufrimiento del paciente corresponde a la soledad o la aislación, la cuál él comprende en cierta medida que no puede ser suplida mediante relaciones virtuales. Como sabemos, la soledad fue ocasionada producto del rechazo sistemático recibido por otros y la consecuente dificultad para establecer vínculos afectivos estables. Cabe señalar lo complejo de disolver las creencias negativas adquiridas, dado que estas fueron confirmadas durante muchos años y no sólo por distintas personas de distintos colegios (compañeros y profesores), que se dedicaron a “molestar por todo, a verte tus defectos” (sesión 12), sino también por su propio núcleo familiar. En efecto, en su hogar se presenta un ambiente relativamente hostil debido a las constantes recriminaciones y lejanía afectiva de su padre, así como las recriminaciones de su madre y de su hermana, quienes, si bien son más afectivas que su padre, no obstante coinciden en criticar a JD. De este modo, se articula un cuadro negativo, ya

que el sistema familiar reproduce y valida, por tanto, las agresiones recibidas por JD en el ambiente escolar.

De allí entonces el “miedo” que siente JD por confiar en otro, a lo cuál se ha abocado la totalidad del tratamiento desde un plano musical y verbal. De este modo, al proponerle conocer nuevas personas, sostiene “Es difícil. Es que yo soy como más antisocial. Es que me da miedo también. Yo conozco gente y al final son traidores (...) a veces para mí es perder el tiempo. Es miedo, mucho miedo, que me critiquen (llora) Miedo, mucho miedo, mucho” (sesión 12).

La acción terapéutica consistió entonces en dejar que expresara su malestar libremente, llorando *ad libitum*. Posteriormente, con intención de ir tranquilizándolo, se realizó un baño sonoro que logró estabilizarlo momentáneamente. Luego, continuó llorando y mi acción consistió en escucharlo, sugerirle opciones para conocer gente y, finalmente, cuando ya estaba tranquilo, proponerle una improvisación conjunta de cierre.

Para finalizar, considero que la sesión 12 fue una sesión clave, pues demostró el logro alcanzado en el nivel de confianza entre paciente y terapeuta. JD expresó libremente, en términos verbales, la narración de los episodios traumáticos de su biografía, consiguiendo “desahogarse” y sentirse mejor (como dijo al finalizar). Como veíamos, la queja inscrita en ellos apunta a la falta de confianza y el sentimiento de aislamiento. La terapia, en tanto, es el espacio de confianza y contención que el paciente anhela. Es esto lo que se intentó entregar mediante la escucha, el baño sonoro y, particularmente, la improvisación conjunta final. Respecto de esta, cabe mencionar el carácter singular que poseyó, debido al apareamiento de variadas “atmósferas” nacidas a causa de la sincronía en estilo, tono e intensidad entre JD tocando metalófono y el Terapeuta, tocando calimba y pezuñas. Me parece pertinente visualizar aquí una relación entre este tipo de

construcción estética más atmosférica y el estado emocional, post-descarga, en el cuál estaba el paciente.

iii.- Cierre

Es difícil entrever cuándo comenzó el cierre, probablemente en algún momento desde la sesión 15 en adelante, en donde ya se comunicó la proximidad del fin de la terapia y se intentó ir capitulando en torno a algunos temas centrales

En el proceso de cierre fue llamativo el contraste ocurrido en la sesión 15. En ella se obtienen el más alto (microanálisis 12) y uno de los más bajos puntajes (microanálisis 13) en nivel de conexión MTRS. En efecto, como indican los microanálisis, se realiza en la misma sesión una improvisación con índice 2,6 MTRS y luego otra con índice 4 MTRS (el máximo) (ver anexo nº 1). Lo sucedido en la ocasión da cuenta de una intervención interesante en términos terapéuticos, en especial, tomando en consideración a lo planteado por la teoría del reconocimiento según Jessica Benjamin (1990; 2002) y Axel Honneth (1997; 2009; 2010).

En breve, en la primera improvisación, la consigna fue “toquemos juntos”. Ante lo cuál el paciente toca el metalófono y el terapeuta el arquín. A poco avanzar, el terapeuta percibe que el paciente no lo escucha, y por esto, decide dejar de tocar. No existe sincronización ni interés por el otro. El paciente continúa tocando sin advertir el cambio, por lo tanto, rompe la consigna sin darse cuenta. Ante la pregunta de qué le pareció la improvisación, JD aún no percibe nada. “Yo sentía que no estabas tocando conmigo”, le digo. Y él me responde, en una transición notable al plano psicológico: “Es que me voy en la volá y me viene esa sensación que a veces no quiero escuchar a la gente (...) a veces quiero encerrarme” (Sesión 15). Además del notorio carácter

análogo entre la comunicación verbal y la musical, reflexioné en la ocasión lo útil que había sido el hecho de que JD quebrara la consigna, ya que esto dio pie a significativos testimonios.

Posteriormente, le propuse unas improvisaciones con estructura armónica, que habían sido exitosas durante el período de composición de la canción. JD tocó teclado y yo guitarra. Él seguía distraído, por lo que hice la siguiente consigna para una nueva improvisación: “toquemos, pero mientras toquemos, tratemos de mirarnos” (v 15). JD dejó el teclado y tomó el toc-toc, interesante e inusual cambio. El terapeuta escogió la guitarra, pero la tocó como instrumento de percusión. La improvisación (microanálisis 13, ver anexo nº 1) se caracterizó por un altísimo grado de conexión (4 en MTRS), ya que habían múltiples cambios de dinámicas musicales en sincronía, así como intercambios de gestos, emociones esbozadas, y sobre todo, mirada conjunta permanente.

Al finalizar, se dio pie para elaborar por primera vez, de manera explícita, el tema de “mirar al otro”. El paciente dijo en esa ocasión: “me pongo nervioso cuando miro a la gente a los ojos. Me pongo nervioso. Es difícil mirar a la otra gente a los ojos (¿Por qué?, le pregunto) No sé, es como raro, es difícil (...) (¿Te pasa con todos o sólo con algunas personas?, le pregunto) Algunos, bueno, a pocos los que puedo mirar a los ojos. Es eso lo que pasa”. (sesión 15)

Durante las sesiones siguientes (16 y 17) se realizó el cierre mediante algunas improvisaciones libres y una conversación que intentaba recapitular su vida desde que entró al colegio hospitalario, y descubrir el sentido que para él había tenido haber asistido a música-terapia.

Respecto a las últimas improvisaciones, llama la atención la consecución y permanencia de un alto nivel de conexión. Como indican los microanálisis 14, 15 y 16, el nivel de conexión en escala MTRS corresponde respectivamente a: 3,6 – 3,4 – 3,6 (ver anexo nº1). Las últimas

improvisaciones se caracterizan por la fluidez y la generación de atmósferas. Así, en el microanálisis 14 se analiza una improvisación a cuatro manos en el teclado que, desde un ritmo y una tonalidad compartida (la menor), da pie a diversas atmósferas e intercambios gestuales, figurando tanto gestos de emoción (clímax) como gestos indicativos para llegar a resoluciones comunes (por ejemplo, terminar la improvisación al unísono). Similar situación ocurre con las improvisaciones finales, en donde se retoma con la dupla instrumental más estable del proceso: paciente en teclado y terapeuta en guitarra. Emerge así una improvisación libre caracterizada por su dinamismo, intercambio de rol (dar melodía o soporte), sincronía y momentos de carga emocional compartida, con claras evocaciones al estilo flamenco.

A nivel verbal, durante las últimas sesiones le solicité comentar un resumen de los eventos más significativos vividos por él desde su ingreso al colegio hospitalario. JD emplea así la mitad de la última sesión para referir su pasado reciente mediante el uso de Facebook, lo que, como comento en mi auto-evaluación, fue para mí un tanto decepcionante. Así JD me leyó los eventos publicados en su muro de Facebook, mientras los iba comentando con inflexiones vocales que denotaban emoción, mientras concluía que el año no había sido tan malo como pensaba (sesión 17). Que su auto-biografía pueda ser construida a través de su muro en Facebook, habla directamente de la “subjetividad digital” de JD. En este sentido, dicho fenómeno constata el carácter constitutivo de la personalidad adolescente que poseen actualmente la tecnología, el internet y la realidad virtual, las cuáles JD percibe como espacio resguardado de la interacción social agresiva. Tal como sostiene, el internet es “un mundo aparte, donde no hay personas malas. Bueno hay personas malas, pero nadie te ofende, no te presionan; hay cosas buenas” (sesión 16).

e.- Evaluación del Proceso

Dentro de los agentes que evaluaron el proceso se encuentran el propio paciente, la psiquiatra, el psicólogo, los profesores, los padres y el musicoterapeuta. A continuación se desarrolla una evaluación en consideración con aquellos agentes que fue posible contactar. Así, la evaluación del paciente se realiza de forma verbal durante la última sesión, mientras que la evaluación de la psiquiatra y de la profesora se realiza 7 meses después de terminado el tratamiento, considerando así posibles efectos a más largo plazo. Finalmente, se presenta la evaluación del musicoterapeuta en relación tanto a los objetivos originales como a los objetivos reformulados.

i.- Evaluación del paciente

Respecto a la evaluación verbal del tratamiento recibido, cito a continuación lo sostenido por JD, durante uno de los diálogos finales del tratamiento:

T: ¿Te sirvió el tratamiento?

P: Sí. Me sirvió para relajarme mucho. Ahí podíamos conversar. Toqué mucho, aprendí mucho con el piano principalmente. No todas las semanas eran iguales, a veces llegaba triste, a veces contento. Siempre variaba y me encantó. Habían días que andaba despierto, otros no. En general me servía mucho. Para relajarme un rato, desahogarme un poco... No sé como decir más.

T: ¿Qué momentos fueron importantes, o más relevantes?

P: No sé, no me acuerdo... Ah, cuando hicimos la canción. Porque ahí me desarrollé más en el piano... Este año fue un buen año, Musicoterapia... Bonito.

T: ¿Cuáles actividades de las que hacíamos te producían más sentido?

P: La improvisación, porque uno podía como expresar y tal vez sacar ideas. También conversar, como que a uno lo alivia un poquito. Alivia conversar. Por ejemplo, hacer el recuento del año 2015 me encantó, porque me di cuenta que he tenido muchos buenos momentos.

T: ¿Te diste cuenta de algo de tu manera de ser en las sesiones?

P: Sí, es que igual hablo mucho.

T: ¿Y con respecto a las actividades para la empatía?

P: A veces tengo problemas de comunicación. Eso también me cuesta mucho, es difícil, pero a veces se puede.

T: ¿Y estos ejercicios te sirvió para desarrollar algo de la empatía?

P: Sí

T: ¿Te dejó algo más allá de la sesión?

P: Algunas cosas, algunas cosas. Algunas veces reflexionaba algunas cosas.

T: ¿Te quedabas reflexionando algunas cosas?

P: Sí, mientras andaba en bicicleta...

T: ¿Te sentiste cómodo en las sesiones?

P: Sí. Al principio me costó, porque igual me cuesta conocer gente nueva.

T: ¿Y qué pasó con el tiempo?

P: Agarré confianza.

T: ¿Por qué? ¿Qué pasó para que agarraras confianza?

P: Los momentos, la comunicación y los momentos buenos. También depende de la gente también, porque generalmente tengo problemas de confianza.

T: ¿O sea confiaste en mí, por la comunicación?

P: Sí. (Sesión 17).

Como puede inferirse, el paciente manifiesta que le sirvió el tratamiento, y transmite un tono positivo respecto del mismo y respecto de sí. Confirma la existencia de confianza, comunicación y menciona que le fue posible realizar algunas reflexiones acerca de sus dificultades a raíz de la terapia. En este sentido, me parece que es una buena evaluación proveniente de un adolescente que no se caracteriza por querer expresarse verbalmente.

Ahora bien, es posible notar también que la terapia aún no ha concluido. Si bien los objetivos fueron cubiertos, en realidad, me parece que faltó más tiempo para asentar los logros y profundizar en su desarrollo socio-emocional. Al respecto, considero que existe claramente una comprensión cognitiva de sus necesidades pero esta no necesariamente se traduce en un comportamiento congruente fuera del contexto terapéutico. En este sentido, el paso a seguir, me parece, corresponde a la realización de sesiones de musicoterapia grupal, en las cuáles JD podría utilizar su aprendizaje en habilidades intersubjetividad para tocar junto a sus pares.

ii.- Evaluación de la psiquiatra

Al ser consultada por una evaluación respecto del tratamiento musicoterapéutico, la psiquiatra sostiene:

Yo creo que cuando estuvo en tratamiento el año pasado con musicoterapia JD se abrió bastante más. Se conectó bastante más con las emociones. Porque antes JD hablaba a garabato limpio, era mucho más reservado y con mucha rabia. Ahora en cambio, JD es un chico mucho más afable, uno puede trabajar mucho más con él, como mucho más conectado con sus emociones, con sí mismo. Yo creo que eso fue un gran avance que él tuvo y eso fue antes de comenzar con la psicoterapia. Entonces, el poder abrirse y el poder conectarse, yo creo que fue por la musicoterapia y el trabajo de las profesoras, el sentirse en un lugar protegido (...) Y poder empezar a elaborar sus emociones, el poder decir: es que mi papá me dijo esto, me pasó esto, es que mi mamá esto, mi hermana me trata mal. Él eso antes se lo guardaba. ¿Te acuerdas que en algunas sesiones contigo nos contaste que estuvo un rato y después que se relajó con tocar, dijo 3 o 4 cosas que le habían pasado? Ya eso es un avance. Eso antes no lo habría hecho. (Comunicación personal, 25 de Agosto 2016).

iii.- Evaluación de la Profesora Diferencial

Durante el mes de Agosto 2016, es decir, siete meses después de haber finalizado el tratamiento, fueron realizadas las siguientes consultas a la profesora diferencial con objeto de evaluación. Cabe considerar que es ella quien comparte con JD de lunes a viernes durante 3 o 4 horas diarias.

La primera pregunta realizada fue “¿Cómo evaluarías los posibles efectos que la musicoterapia generó en JD? ¿Había algo que notaras de distinto durante el segundo semestre 2015, o bien como efecto más duradero el primero de 2016?”. La profesora responde:

Como profesora de JD y considerando su diagnóstico (TGD, sumado a una depresión producto de episodios de bullying que superaron una década), en el cual tanto los pensamientos abstractos como las interacciones con otros son un gran desafío, rescato el aporte significativo que la musicoterapia significó para su avance en torno al diagnóstico. Cuando JD llegó no poseía ninguna capacidad de generar instancias de interacción con los otros, su autoestima estaba literalmente "en el suelo", además de su tolerancia a la frustración que era nula. A medida que JD fue participando de las sesiones de musicoterapia, su desarrollo tanto cognitivo como social fueron cambiando de manera favorable. Lo anterior se pudo ver reflejado en la interacción con sus pares, su rendimiento académico, además de su capacidad de reflexión en torno a temas más abstractos. (Comunicación personal, 30 de Agosto 2016)

La segunda pregunta fue “¿Cómo has visto a JD durante este año?” La profesora responde:

JD actualmente es un estudiante que posee un repertorio mayor de herramientas para enfrentarse a situaciones de su diario vivir (herramientas que antes no existían). A

diferencia del año pasado, puede entablar una conversación sin que esta termine en una discusión producto de su baja tolerancia a la frustración. Con respecto a su autoestima, se puede visualizar a JD como un estudiante más seguro de sí mismo que no teme mostrar su punto de vista, se le ve más alegre, participativo y sociable. Finalmente y tomando como evidencia empírica el caso de JD, se debe considerar la musicoterapia como un excelente complemento para personas que poseen algún trastorno del ánimo y/o de personalidad. (ídem)

iv.- Evaluación del musicoterapeuta

Por mi parte, considero que el objetivo principal fue logrado. Me parece que el análisis cualitativo aquí desarrollado, así como los resultados de los microanálisis, dan cuenta de que afortunadamente se pudo lograr de manera satisfactoria el objetivo principal, correspondiente a “Desarrollar un vínculo intersubjetivo mediante la comunicación corporal (gestos y movimientos), sonoro-musical (ritmos, atmósferas, sincronización) y la elaboración verbal compartida”. Durante el transcurso del proceso, JD efectivamente aumentó de manera significativa y permanente su nivel de conexión intersubjetiva, desplegando improvisaciones más dinámicas, sincrónicas y atmosféricas (como muestra la figura nº 2, la tabla nº6 y el anexo nº 1). Asimismo, el proceso de composición de canción “un verdadero amigo” (durante sesiones 8-9-10-11) resultó central para el tratamiento, así como las numerosas y diversas improvisaciones realizadas. Por último, el nivel de confianza verbal quedó evidenciado cuando me confiaba narraciones acerca de los sucesos traumáticos así como descargos respecto de su familia.

Ahora, respecto de los objetivos originales del tratamiento, a saber:

- a) Desarrollar la autopercepción de su corporalidad (cuerpo, voz y movimiento).
- b) Fortalecer su noción del “yo” mediante pequeños logros paulatinos referentes a la ejecución de piezas musicales en guitarra/teclado, y, sobre todo, la composición de piezas inventadas.

- c) Ofrecer un espacio de confianza, para restaurar o desarrollar el comportamiento vincular recíproco.
- d) Mejorar el vínculo con padres, con foco puesto en que los padres comprendan mejor al paciente sin caer en menosprecios.

Respecto de los objetivos originales, considero que el más logrado fue el objetivo “c”, seguido por el objetivo “b” y finalmente el “a”. Efectivamente se construyó un espacio de confianza, apto para desarrollar un comportamiento vincular recíproco, que intentó fortalecer su noción de “yo” mediante pequeños logros (improvisaciones, ejercicios y construcción de canción). Ahora bien, los aspectos corporales ciertamente fueron menos logrados. Es decir, la comunicación corporal avanzó en términos de movimientos sincrónicos, mantención de la mirada conjunta y expresión de emociones (como muestra el promedio general 3,2 RTMS); sin embargo, el uso de la voz y ejercicios corporales orientados al movimiento fueron poco aceptados. En particular, el uso de la voz sólo funcionó con propiedad durante el período de grabación de la canción, y los ejercicios corporales duraban poco tiempo y no concitaban mayor interés por el paciente. Por último, el objetivo “d” no fue llevado a cabo, ya que para haberlo realizado se hubiera necesitado terapias familiares. En el momento de su formulación, no consideré su gran dificultad. Prueba de esta, es que dicho objetivo representa en el presente un desafío tanto para la psiquiatra como el psicólogo. Como comenta la psiquiatra actualmente: realizarán prontamente una reunión con los padres de JD con el propósito de que estos comprendan el diagnóstico de JD, y no se “generen falsas expectativas” pensando en que se le “va a pasar”. De este modo, intentarán que su padre baje los “niveles de rigidez con él” y termine con las “descalificaciones” (Psiquiatra, comunicación privada, 25 Agosto 2016).

Cabe agregar, asimismo, que referente a este objetivo, el psicólogo dedicó parte de sus intervenciones durante el segundo semestre del 2015 a conseguir que JD y su madre aceptaran que JD viajara solo en transporte público desde su hogar hasta el colegio. Lo anterior es muy significativo toda vez que las 4 horas diarias eran un motivo de agotamiento que generaba crítica de la madre hacia JD y con ello de sentimiento de culpa de JD. Asimismo, la autonomía de viajar solo era sin duda un progreso para JD.

Para finalizar, cabe señalar que durante el 2016, ya terminado el tratamiento músico-terapéutico, el paciente continúa en el colegio hospitalario, lugar donde es muy probable que termine su enseñanza media. Sostiene la psiquiatra que en este período ha observado un estado equilibrado en JD. El paciente actualmente viaja solo en transporte público, sin su madre, ganado así notoria autonomía y auto-confianza. Sin embargo, hubo un retroceso en cuanto decidió dejar de tomar los medicamentos. Momento en el cuál mostró un desajuste de comportamiento y se mostró invasivo con sus compañeras, en donde insiste por “querer juntarse todo el día”, y un tanto homofóbico con un compañero que es homosexual. No obstante, agrega que ya retomó el tratamiento farmacológico, y que en conjunto a las profesoras lograron contenerlo.

v.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades como terapeuta

Durante el transcurso del proceso me fui percatando de mis capacidades así como de mis aspectos deficitarios en torno a convertirme en “terapeuta”. Respecto de los últimos, me parece que figuran la ansiedad y el tener altas expectativas.

La ansiedad se presentó muchas veces, en especial cuando sentí el deseo porque ocurrieran “avances” durante la terapia. Dada las dificultades comunicacionales del paciente,

esto significaba el deseo de querer observar un comportamiento más expresivo y emocional por parte de él.

Las expectativas tenían que ver con mi deseo de un “efecto” más duradero en torno a la sensación de bienestar, o bien al nivel de profundidad en torno a las reflexiones del paciente. En este sentido, sentí frustración en varias ocasiones en que la elaboración de JD me parecía superficial en relación con mis parámetros o con lo que yo creía que había significado una improvisación.

A lo anterior, podría añadir la dificultad que ocasionalmente sentí respecto a poder estar en un estado mental y afectivo propicio para atender. Siento que hacer terapia requiere muchísima atención y percepción por parte del terapeuta, y en ocasiones me costaba conectarme con ese silencio previo, debido a que no lograba neutralizar las preocupaciones de la vida cotidiana. Aprendí que es fundamental, en este sentido, preparar el *setting* con antelación, y tener suficiente tiempo previo a hacer la terapia para silenciar la mente y equilibrar las emociones. Solo así es posible ponerse en modo de escucha terapéutica.

Por último, siento que la incertidumbre de un tipo de terapia tan abierto al devenir, a lo que suceda, era a momentos difícil de manejar, siendo así un arma de doble filo. Por un lado, podía habería el espacio creativo para que ocurrieran eventos y situaciones originales y expresivas; pero por otro, podía ocurrir exactamente lo contrario, y derivar en momentos que yo sentía como planos o infértiles. Eso me sucedía, por ejemplo, cuando el paciente me hablaba por mucho rato respecto de información de internet. Aún me parece compleja esta situación, dado que era confuso saber hasta que punto al hablar de esos temas él me invita a entrar en su mundo (su subjetividad digital, como decíamos), o bien, era un modo de defensa y comportamiento infantilizado; de hecho, la psiquiatra pensaba que justamente la inflexibilidad propia del

Asperger de JD aparecía en su pseudo-obsesión con internet. De este modo, a veces yo optaba por un rol más directivo que me producía cierta contradicción, pero que también era sugerido por mi supervisora. A la fecha, me es difícil saber cuán directivo o cuán libre es necesario de ser durante la terapia. O si acaso depende exclusivamente del paciente, y uno debe moldearse a sus requerimientos.

Como aspectos positivos, me percaté que me acomodaba el rol de terapeuta, y que podía comprender y diseñar en el momento actividades musicales capaces de capturar el interés del paciente. Me descubrí disfrutando profundamente las improvisaciones y también la composición de la canción. Asimilé los gustos del paciente, y actualmente escucho con agrado Daft Punk y Robert Miles.

En segundo lugar, creo que me comprometí afectivamente con el paciente y con el equipo terapéutico. Esto me llevó a sentir que, sin ser él, creo que logré entrar en su configuración de mundo. Logré comprender en cierto modo cómo ve el mundo un adolescente con una subjetividad “digital”, que gusta de la música electrónica ochentera y del internet, que fue agredido en varios colegios por tener rasgos sociales “anormales” y que tiene un papá limitado de comprensión y una madre sobreprotectora. Por sobre todo, siento que pude sentir la aflicción de no poder construir vínculos estables de amistad, ya que también he pasado por lo mismo en otros períodos vitales, y comprendo perfectamente el daño que la sensación de aislamiento social puede producir.

En tercer lugar, empaticé profundamente también con la rabia que JD sentía hacia el sistema escolar. No la viví como adolescente, ya que mi experiencia en un liceo experimental fue positiva y extremadamente enriquecedora, pero sí la sentí en numerosas ocasiones en mi rol de profesor sometido a un sistema muerto, gobernado por intereses tecnócratas, capitalistas y

segregadores, lo cuál me llevó a renunciar a la mayoría de los colegios en los que trabajé, y, en definitiva, a renunciar a ser docente de colegio, para encontrar mi identidad profesional, o parte de ella, más bien en las aulas universitarias.

Por último, siento como una fortaleza el que en paralelo a la práctica con JD (y con otros pacientes de otros contextos institucionales), yo intentaba reflexionar constantemente sobre los hallazgos a nivel teórico, con el deseo de formular una comprensión epistemológica y estética de la musicoterapia basada en el reconocimiento estético intersubjetivo cuyo primer fruto está impreso en este texto.

V.- CONCLUSIONES

La presente monografía desarrolla una visión teórica y una aplicación práctica de la musicoterapia entendida como una “práctica estética intersubjetiva orientada al reconocimiento de otro”. Esta propuesta teórica acerca de la musicoterapia se basa en una doble hebra estructurante.

Por un lado, una hebra “intersubjetiva” que reconstruye los conceptos de “intersubjetividad” y “reconocimiento”. Para ello, realiza un recorrido que transita por sus formulaciones originales en filosofía (Hegel, Husserl, Honneth), luego su “bajada” a la psicología (mediante el cruce de psicoanálisis con psicología del desarrollo en D. Stern y en la psicología relacional de J. Benjamin), y por último, su arribo a los modelos musicoterapéuticos, constituyéndose así en tópicos centrales de autores como Schumacher, Raglio y otros.

La hebra “estética”, por otro lado, arranca de los modelos musicoterapéuticos que enfatizan la importancia de la música y de las diversas técnicas musicales, como es patente en los modelos músico-centrados de Aigen, Brandalise, Maranhao, Lee, Nordoff-Robbins. De allí continúa su recorrido en la teoría estética contemporánea de carácter experimental, lugar donde se detiene en las propuestas musicales de John Cage y Pierre Schaeffer (en torno al silencio, al ruido y al acontecimiento) y recoge los elementos centrales de la “estética de la performatividad” de Fischer-Lichte (“evento” y “co-presencia física”), y de la “estética de la atmósfera” o de las “sensaciones espacializadas” de G. Böhme.

Al unir estas dos hebras articulantes, es que se llega a la formulación de la musicoterapia como una *práctica estética intersubjetiva orientada al reconocimiento del otro*. Así, las diversas técnicas de la musicoterapia (improvisaciones libres o referenciales; baños sonoros; composición; juegos musicales, musicoterapia corporal; audición de canciones; imagerías;

etc.); constituyen valiosas herramientas estéticas (performativas y atmosféricas) que propician el despliegue de la subjetividad mediante el reconocimiento del uno-paciente a través del otro-terapeuta (y vice-versa).

La monografía presenta una aplicación práctica de la musicoterapia como intersubjetividad estética en el tratamiento de un paciente adolescente diagnosticado con Síndrome de Asperger con patente daño psicológico producto del *bullying* recibido y de la incompreensión habida en su núcleo familiar respecto a su condición diferencial. Por tanto, el foco del tratamiento consistió en intentar restaurar el reconocimiento perdido de un adolescente a causa de las denigraciones generadas por su entorno.

El tratamiento se extiende por 5 meses (Agosto 2015 – Enero 2016) y se desarrolla de manera interdisciplinaria en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Militar de Santiago, ya que la musicoterapia se comprende e integra dentro de un equipo multidisciplinario compuesto, en este caso, por una psiquiatra, un psicólogo, dos profesoras (una diferencial y la otra general básica) y una musicoterapeuta (profesora guía). El objetivo fundamental del tratamiento musicoterapéutico se formula con el propósito de “desarrollar un vínculo intersubjetivo mediante la comunicación corporal (gestos y movimientos), sonoro-musical (ritmos, atmósferas, sincronización) y la elaboración verbal compartida”.

Para analizar el proceso se revisan los 17 videos que conforman el corpus. Se utiliza una metodología mixta que integra el microanálisis cuantitativo de 16 improvisaciones representativas del proceso a través de la aplicación de la escala de MTRS propuesta por Raglio et al (2011) con análisis cualitativo que se basa en la descripción e interpretación de los testimonios del paciente, las notas de campo, las entrevistas al personal terapéutico y a los familiares.

El resultado indica que el objetivo principal es conseguido, ya que la curva diacrónica que grafica el promedio de los puntajes de conexión intersubjetiva a nivel corporal y sonoro-musical, presenta claramente un aumento y mantención de un alto nivel de intensidad MTSR, promediando 3,2 [de un total de 4] (ver tabla n° 6, figura n°3 y anexo n°1). A nivel más específico, cabe notar que el promedio de la relación sonoro-musical (3,4) aventaja levemente al de la comunicación no-verbal (3,2). Esto se debe fundamentalmente a la mayor dificultad relativa que significa para el paciente el mantener la mirada conjunta y expresar gestos de emociones. En cambio, la estructura estable que proporciona el intercambio musical propició una mayor sincronización.

A nivel cualitativo se confirman los resultados cuantitativos, ya que al avanzar las sesiones, el contenido verbal expresado en las mismas denota progresiva confianza: JD me narra asuntos íntimos y llega a estados de descarga emocional. Por consiguiente, se puede sugerir que el incremento de intensidad de la relación intersubjetiva crece en forma paralela en sus tres dimensiones: verbales, sonoro-musicales, corporales. Probablemente, esto se deba simplemente a que es una misma emoción la que enhebra estas dimensiones, a saber, la confianza y el reconocimiento recíproco.

En relación al resultado exitoso del proceso, quisiera referir dos conclusiones:

i.- Resulta fundamental concluir la relevancia que implicó el ofrecer al paciente una terapia de rehabilitación integral. En efecto, el trabajo terapéutico fue realizado de manera conjunta. Fue así muy importante para mí haber sido integrado realmente al equipo terapéutico. Esta integración se palpaba en la buena disposición, el buen trato y la facilidad con que era posible comunicarse informalmente con cualquier miembro del equipo para consultar cualquier tema atinente a JD, y, asimismo, en las reuniones formales en donde decidíamos en conjunto,

tras escuchar la opinión de todo, el rumbo a seguir en el tratamiento de JD. En este sentido, el posible logro del proceso es mérito conjunto del equipo, y es muestra de que sólo así, me parece, es posible generar transformaciones efectivas en pacientes con alto daño psicológico o físico.

ii.- En este mismo sentido, el posible logro del proceso es sin duda mérito también de la constante y cariñosa supervisión que me brindara mi profesora guía a lo largo de todo el proceso, incluida la fase final de monografía. El hecho de que ella trabajara en mi lugar de práctica, sumado a las buenas relaciones profesionales del equipo y al afectuoso trato que recibí de parte de ella, constituyen sin duda un factor primordial de mi práctica, y acaso uno de los que más recordaré. De este modo, me sentí con la confianza necesaria para poder plantear mis dudas, problemas, críticas y expresar sin miedo mis momentos de frustración. No existía así un “deber ser” o una imagen profesional que defender. Por el contrario, lo importante era simplemente manifestar lo sucedido en la sesión y lo que uno sintió en ella. Asimismo, fue muy positivo el tener a alguien con quién compartir los logros conseguidos o los pequeños descubrimientos que van emergiendo, asunto que no sucede normalmente. En este sentido, concluyo que la supervisión resulta fundamental para poder ejercer en forma apropiada la profesión, ya que brinda un espacio oxigenante de confianza, reflexión y motivación.

Por otra parte, en relación a la aplicación de la musicoterapia entendida como una “práctica estética intersubjetiva orientada al reconocimiento del otro”, quisiera seccionarla en dos mitades, y desarrollar de cada una, una conclusión propia.

iii.- Es posible concluir que la musicoterapia es efectivamente una “*práctica estética intersubjetiva*”. La práctica profesional y el análisis aquí desarrollado justifican que esta sea una manera real y posible de concebir la disciplina, en contraste con la opinión de varias escuelas de musicoterapia que le quitan valor a la estética, ya que buscan con ahínco el reconocimiento de

los modelos biomédicos. Por tanto, me parece fundamental transformar el juicio que confunde estética con arte, y por tanto, deniega a la musicoterapia un carácter estético al no ser esta un arte. En este sentido, validar a la musicoterapia dentro del campo de la estética me parece una tarea actualmente muy necesaria de llevar a cabo, aunque percibo que pareciera no existir mayor interés o desarrollo en torno a esto, al menos en el campo latinoamericano.

Durante la práctica profesional pude constatar recurrentemente (con JD y otros pacientes) el despliegue de diversos elementos profundamente estéticos (atmósferas, ruidos, sonidos musicales, diálogos gestuales, expresiones plásticas, etc.) que coincidían además con los momentos de mayor intensidad intersubjetiva. Coincido con Cage en que para acceder a ellos es fundamental practicar un tipo de *percepción* que aparece en los oídos y en los cuerpos de quienes escuchan en conjunto el “objeto sonoro” (Schaeffer) o bien, que emprenden en conjunto un tipo de acción performativa (Fischer-Lichte). Sin embargo, la esteticidad de la musicoterapia solo logra percibirse si se comprende la estética como *aisthesis* (sensación o percepción sensible), es decir, como una experiencia sensitiva y perceptiva que embarga a un cuerpo en el “aquí y en el ahora”. Por el contrario, se opaca la estética de la musicoterapia si se comprende meramente como “calidad artística” o “técnica instrumental” apegada a conceptos obsoletos y canónicos tales como “belleza” o “perfección”.

iv.- En relación a la musicoterapia como una “práctica estética intersubjetiva ***orientada al reconocimiento del otro***”, concluyo que esto fue el propósito general que guió toda la práctica profesional (con JD y otros pacientes). En efecto, el tratamiento aquí presentado tuvo como sentido principal el buscar la regeneración de reconocimiento en un adolescente dañado a causa de agresiones y denigraciones sistemáticas recibidas tanto en el espacio escolar como familiar,

las cuales ocasionaron evidentemente una pérdida de reconocimiento de sí o una baja en su auto-estima.

De este modo, mi apuesta consistió en confiar que a través del reconocimiento de los núcleos sanos del otro-paciente este podía re-organizar su *self* al comprobar que efectivamente era capaz de “ser sí mismo junto a otro” (Honneth), es decir, que podía tocar con otro, decidir con otro, conversar con otro, jugar con otro, crear con otro, llorar con otro y reír con otro. Así, la aislación social que era la condena a sufrir podía irse desvaneciendo en los silencios para devenir compañía atmosférica y goce estético.

VI.- Bibliografía

Aigen, K. (2005). In defense of beauty: A role for the aesthetic in music therapy theory. Part I: The development of aesthetic theory in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 16(2), 112-128.

Aigen, K. (2005). In defense of beauty: A role for the aesthetic in music therapy theory. Part II: Challenges to aesthetic theory in music therapy: Summary and response. *Nordic Journal of Music Therapy* 16(2), 112-128.

Amador, J. (2010). Mutaciones de la subjetividad en la comunicación digital interactiva. Consideraciones en torno al acontecimiento de los nativos digitales. *Signo y Pensamiento*, 57(29), 142-161.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. España: Médica Panamericana.

Bazzurro, L. (2013). *Crítica del reconocimiento: Indagaciones sobre el potencial emancipatorio, el cuerpo y la ideología en la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth*. Tesis de Magister en Filosofía Política. Universidad de Chile. 256 pp. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/132094/Critica-del-reconocimiento.pdf?sequence=1>

Brandalise, A. (2001). *Musicoterapia. Músico-centrada. Linda 120 sessoes*. Sao Paulo: Apontamentos.

Brandalise, A. (2003). *Primera jornada Brasileira de Musicoterapia Músico-Centrada*. Sao Paulo: Apontamentos.

Benavides, H. y Orrego, P. (2010). La evaluación del desarrollo de las capacidades de referencia conjunta a través de una intervención basada en prácticas musicales en un niño con trastorno de espectro de autismo. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9(2), 224-252.

Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The Development of Recognition. *Psychoanalytic Psychology*. 7(Suppl.), 33-46.

Benjamin, J. (2002). The Rhythm of Recognition. Comments on the Work of Louis Sander. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(1), 43-53.

Bourriaud, N. (2006). *Estética Relacional*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.

Böhme, G. (1993) "Atmosphere as the Fundamental Concept of a New Aesthetics". *Thesis Eleven August*, 36, 113-126.

- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. España: AgrupArte.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Cage, J. (1973). *Silence. Lecture and Writings by John Cage*. New England: Wesleyan University Press.
- Darnley-Smith (2013). *What is the Music of Music Therapy? An Enquiry into the Aesthetics of Clinical Improvisation*. Doctoral Thesis Durham University, UK. <http://etheses.dur.ac.uk/6975/>
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: WW Norton & Company.
- Fischer-Lichte, E. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid: Ábada.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, FCE.
- Gagliano, R. (2005). Esferas de la experiencia adolescente. Por una nueva geometría de las representaciones intergeneracionales. *Anales de la educación común*. 1(1-2). Publicación de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 204-212.
- Gauna, G. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio. Musicoterapia en la infancia clínica y teoría*. Rosario: Artemisa.
- Giraud, E. (2015). Subjectivity 2.0: Digital technologies, participatory media and communicative capitalism. *Critical Psychology*, 8(2), 124-146.
- Grumann, A. (2008). Performance: ¿disciplina o concepto umbral? La puesta en escena de una categoría para los estudios teatrales. *Revista Apuntes de Teatro*, 130, 126-139.
- Hargreaves, D & North, A. (2010). *Experimental aesthetics and liking for music*. En *Handbook of Music and Emotion. Theory, Research, Applications*. Eds. Juslin, P. & Sloboda, J., 515-546.
- Hegel, G. W. F. (1982). *Sistema de la Eticidad*. Madrid: Gráficas Valencia.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Honneth, A. (2009). *Crítica del Agravio Moral*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Honneth, A. (2010). *Dixit Axel Honneth. Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Buenos Aires: Katz.
- Kim, J., Wigram, T. & Gold, C. (2008). The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Autism Dev Disord*, 38, 1758–1766.
- Kim, J. (2006). *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviours in*

- Children with Autistic Spectrum Disorder*. Tesis para optar al grado de Doctor en Filosofía, Universidad de Aalborg, Dinamarca.
- Lee, C. (2016). Aesthetic Music Therapy. *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Ed. Jane Edwards. Pp. 687-702.
- Lee, C. (2003). *The Architecture of Aesthetic Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Maranhao, A. (2007). *Acontecimentos Sonoros em Musicoterapia. A ambiencia terapéutica*. Sao Paulo: Apontamentos.
- Medina, L. (2009). *Adolescencia Interminable*. [Diapositivas en Power Point]. Curso Psicopedagogía del Escolar Medio, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- McFerran, K. (2010). *Adolescents, Music and Music Therapy. Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Nordorff, P. & Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Raglio, A., Traficante, D. & Oasi, O. (2011). The evaluation of music therapy process in the intersubjective perspective: the music therapy rating scale. A pilot study. *Pragmatic and Observational Research*, 2, 19–23.
- Schaeffer, P. (2003). *Tratado de los objetos musicales*. Madrid: Alianza.
- Schapira, D., Ferrari, K, Sánchez, V., y Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. El abordaje Plurimodal*. Argentina: ADIM.
- Schumacher, K. y Calvet, C. (2007a). *Music therapy with children based on developmental psychology, using the example of “synchronization“ as a relevant moment*. Göttingen: Vandenhoeck y Ruprecht.
- Schumacher, K. y Calvet, C. (2007b). The AQR Instrument (Assessment of the Quality of Relationships) – An Observation Instrument to Assess the Quality of a Relationship. En T. Wosch y T. Wigram (Eds.), *Microanalysis in Music Therapy*, 79-91.
- Seel, M. (2010). *Estética del aparecer*. Buenos Aires: Katz.
- Stern D. (2005). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.
- Wigram, T. & Pedersen, I. & Bonde, L. (2005a). *Guía completa de musicoterapia. Teoría, Práctica Clínica, Investigación y Formación*. España: AgrupArte.

Wigran, T. (2005b). *Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*. España: AgrupArte.

ANEXOS

1.- Microanálisis de 16 fragmentos musicales (improvisaciones, grabación de composiciones y juegos musicales), en base a Escala MTRS (Raglio 2011).

RNV: Relación no verbal

RSM: Relación Sonoro Musical.

MICROANÁLISIS 01 IMPROVISACION LIBRE (20:45 - 23:00)			
24-08-16 V. 1			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	2	3	2,5
00:15 - 00:30	2	3	2,5
00:30 - 00:45	2	3	2,5
00:45 - 01:00	2	4	3
01:00 - 01:15	2	4	3
01:15 - 01:30	3	4	3,5
01:30 - 01:45	3	3	3
01:45 - 02:00	3	3	3
02:00 - 02:15	3	3	3
SUMA	22	30	
PROMEDIO	2,444444444	3,333333333	2,888888889

MICROANÁLISIS 02 IMPROVISACION en ROLES (38:30 - 40:30)			
01-09-16 V. 2			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	4	3	3,5
00:15 - 00:30	2	3	2,5
00:30 - 00:45	2	3	2,5
00:45 - 01:00	3	3	3
01:00 - 01:15	2	3	2,5
01:15 - 01:30	2	1	1,5
01:30 - 01:45	2	1	1,5
01:45 - 02:00	2	2	2
SUMA	19	19	
PROMEDIO	2,375	2,375	2,375

MICROANALISIS 03 IMPROVISACION LIBRE (02:15 - 05:00)			
14-09-16 V. 3			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	2	1	1,5
00:15 - 00:30	2	2	2
00:30 - 00:45	2	2	2
00:45 - 01:00	2	1	1,5
01:00 - 01:15	2	1	1,5
01:15 - 01:30	2	1	1,5
01:30 - 01:45	2	3	2,5
01:45 - 02:00	2	3	2,5
02:00 - 02:15	2	3	2,5
02:15 - 02:30	2	2	2
02:30 - 02:45	3	2	2,5
SUMA	23	21	
PROMEDIO	3,833333333	1,909090909	2

MICROANALISIS 04 IMPROVISACION en ECO (13:00 - 20:15)			
28-09-16 V. 4			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	3	3
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	4	4	4
01:00 - 01:15	4	4	4
01:15 - 01:30	3	4	3,5
01:30 - 01:45	3	4	3,5
01:45 - 02:00	3	4	3,5
02:00 - 02:15	3	4	3,5
02:15 - 02:30	3	4	3,5
02:30 - 02:45	3	3	3
02:45 - 03:00	3	3	3
03:00 - 03:15	3	3	3
03:15 - 03:30	3	3	3
03:30 - 03:45	3	3	3
03:45 - 04:00	3	3	3
04:00 - 04:15	4	4	4
04:15 - 04:30	4	3	3,5
04:30 - 04:45	4	3	3,5
04:45 - 05:00	3	3	3

05:00 - 05:15	3	4	3,5
05:15 - 05:30	4	4	4
05:30 - 05:45	4	4	4
05:45 - 06:00	3	3	3
06:00 - 06:15	4	3	3,5
06:15 - 06:30	3	1	2
06:30 - 06:45	2	3	2,5
06:45 - 07:00	3	2	2,5
07:00 - 07:15	3	3	3
SUMA	94	97	
PROMEDIO	3,24137931	3,344827586	3,293103448

MICROANALISIS 05			
IMPROVISACION LIBRE		(10:00 - 12:00)	
"Erupción Volcán"			
19-10-16 V. 6			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	3	3
00:15 - 00:30	3	3	3
00:30 - 00:45	3	3	3
00:45 - 01:00	3	4	3,5
01:00 - 01:15	3	4	3,5
01:15 - 01:30	4	4	4
01:30 - 01:45	4	4	4
01:45 - 02:00	4	4	4
SUMA	27	29	
PROMEDIO	3,375	3,625	3,5

MICROANALISIS 06	IMPROVISACION - COMPOSICION	i.- (28:45 - 30:30)
19-10-16	V. 6	ii.- (31:15 - 33:00)
		iii.- (34:15 - 36:15)

TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	3	3	3
01:00 - 01:15	3	4	3,5
01:15 - 01:30	4	4	4
01:30 - 01:45	3	3	3
*	*	*	*
03:15 - 03:30	3	4	3,5
03:30 - 03:45	3	4	3,5
03:45 - 04:00	3	4	3,5
04:00 - 04:15	3	4	3,5
04:15 - 04:30	3	4	3,5
04:30 - 04:45	3	3	3
04:45 - 05:00	3	4	3,5
*	*	*	*
06:15 - 06:30	3	4	3,5
06:30 - 06:45	3	4	3,5
06:45 - 07:00	3	4	3,5
07:00 - 07:15	3	4	3,5
07:15 - 07:30	3	4	3,5
07:30 - 07:45	3	4	3,5
07:45 - 08:00	3	4	3,5
08:00 - 08:15	4	4	4
SUMA	68	85	
PROMEDIO	3,090909091	3,863636364	3,477272727

MICROANALISIS 07 IMPROVISACION : juego del P. (13:00 - 19:00)			
26-10-16 V. 7			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	4	3	3,5
00:15 - 00:30	4	3	3,5
00:30 - 00:45	4	3	3,5
00:45 - 01:00	4	3	3,5
01:00 - 01:15	4	3	3,5
01:15 - 01:30	4	3	3,5
01:30 - 01:45	4	3	3,5
01:45 - 02:00	4	3	3,5
02:00 - 02:15	3	3	3
02:15 - 02:30	4	4	4
02:30 - 02:45	4	4	4
02:45 - 03:00	4	3	3,5
03:00 - 03:15	3	3	3
03:15 - 03:30	3	3	3
03:30 - 03:45	3	3	3
03:45 - 04:00	4	3	3,5
04:00 - 04:15	3	3	3
04:15 - 04:30	3	3	3
04:30 - 04:45	4	3	3,5
04:45 - 05:00	3	3	3
05:00 - 05:15	3	3	3
05:15 - 05:30	3	3	3
05:30 - 05:45	3	2	2,5
05:45 - 06:00	3	3	3
06:00 - 06:15	3	3	3
06:15 - 06:30	4	3	3,5
06:30 - 06:45	4	3	3,5
06:45 - 07:00	4	4	4
SUMA	100	86	
PROMEDIO	3,571428571	3,071428571	3,321428571

MICROANALISIS 08 Grabación Voces Canción			
16-11-16		V. 10	i.- (47:30 - 48:45) ii.- (50:45 - 51:45)
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	4	4	4
01:00 - 01:15	3	4	3,5
*	*	*	
03:15 - 03:30	3	4	3,5
03:30 - 03:45	3	4	3,5
03:45 - 04:00	3	4	3,5
04:00 - 04:15	3	4	3,5
SUMA	28	36	
Promedio	3,111111111	4	3,555555556

MICROANALISIS 09 Grabación instrumentos canción			
30-10-16		V. 11	i.- (13:30 -14:30) ii.- (35:00 - 37:40)
TIEMPO	RNV	RSM	
00:00 - 00:15	4	4	4
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	3	4	3,5
*			
21:30 - 21:45	4	4	4
21:45 - 22:00	4	4	4
22:00 - 22:15	4	3	3,5
22:15 - 22:30	3	4	3,5
22:30 - 22:45	3	4	3,5
22:45 - 23:00	4	4	4
23:00 - 23:15	4	4	4
23:15 - 23:30	3	4	3,5
23:30 - 23:45	4	4	4
23:45 - 24:00	3	4	3,5
24:00 -24:15	4	4	4
SUMA	53	59	
PROMEDIO	3,533333333	3,933333333	3,733333333

MICROANALISIS 10 Improvisación libre Atmosférica (1:03:00 - 1:08:00) 07-12-16 V. 12			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	3	4	3,5
01:00 - 01:15	3	4	3,5
01:15 - 01:30	3	4	3,5
01:30 - 01:45	3	4	3,5
01:45 - 02:00	3	4	3,5
02:00 - 02:15	3	4	3,5
02:15 - 02:30	3	4	3,5
02:30 - 02:45	3	4	3,5
02:45 - 03:00	4	4	4
03:00 - 03:15	3	4	3,5
03:15 - 03:30	3	4	3,5
03:30 - 03:45	3	4	3,5
03:45 - 04:00	3	4	3,5
04:00 - 04:15	3	4	3,5
04:15 - 04:30	3	4	3,5
04:30 - 04:45	3	4	3,5
04:45 - 05:00	4	4	4
SUMA	62	80	
PROMEDIO	3,1	4	3,55

MICROANALISIS 11 IMPROVISACION LIBRE - i.- (23:30 - 25:15) SINCRONIZACION Y ATMOSFERA 17-12-16 VID. 13 ii.- (26:30 - 30:15)			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	3	4	3,5
01:00 - 01:15	3	4	3,5
01:15 - 01:30	3	4	3,5
01:30 - 01:45	4	3	3,5
*	*	*	*
03:00 - 03:15	3	4	3,5

03:15 - 03:30	3	4	3,5
03:30 - 03:45	3	4	3,5
03:45 - 04:00	3	4	3,5
04:00 - 04:15	3	4	3,5
04:15 - 04:30	3	4	3,5
04:30 - 04:45	3	4	3,5
04:45 - 05:00	4	4	4
05:00 - 05:15	3	4	3,5
05:15 - 05:30	3	4	3,5
05:30 - 05:45	4	4	4
05:45 - 06:00	4	4	4
06:00 - 06:15	3	4	3,5
06:15 - 06:30	3	4	3,5
06:30 - 06:45	4	4	4
06:45 - 07:00	3	4	3,5
07:00 - 07:15	4	4	4
SUMA	78	95	
PROMEDIO	3,25	3,958333333	3,604166667

MICROANALISIS 12 IMPROVISACION LIBRE - AISLADA (8:00 - 10:00)			
28-12-16 V.15			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	3	3
00:15 - 00:30	3	3	3
00:30 - 00:45	3	3	3
00:45 - 01:00	3	4	3,5
01:00 - 01:15	3	2	2,5
01:15 - 01:30	3	1	2
01:30 - 01:45	3	1	2
01:45 - 02:00	3	1	2
SUMA	24	18	
PROMEDIO	3	2,25	2,625

MICROANALISIS 13		IMPROVISACION LIBRE: MIRADA CONJUNTA		(50:00 - 51:45)
28-12-16 V.15				
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio	
00:00 - 00:15	4	4	4	
00:15 - 00:30	4	4	4	
00:30 - 00:45	4	4	4	
00:45 - 01:00	4	4	4	
01:00 - 01:15	4	4	4	
01:15 - 01:30	4	4	4	
01:30 - 01:45	4	4	4	
SUMA	28	28		
PROMEDIO	4	4	4	

MICROANALISIS 14		IMPROVISACION: Teclado a 4 manos		(21:30 - 26:30)
04-01-16 V. 16				
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio	
00:00 - 00:15	3	3	3	
00:15 - 00:30	3	3	3	
00:30 - 00:45	3	4	3,5	
00:45 - 01:00	4	4	4	
01:00 - 01:15	3	4	3,5	
01:15 - 01:30	3	4	3,5	
01:30 - 01:45	3	3	3	
01:45 - 02:00	4	3	3,5	
02:00 - 02:15	3	4	3,5	
02:15 - 02:30	4	4	4	
02:30 - 02:45	3	4	3,5	
02:45 - 03:00	3	4	3,5	
03:00 - 03:15	4	4	4	
03:15 - 03:30	3	4	3,5	
03:30 - 03:45	3	4	3,5	
03:45 - 04:00	4	4	4	
04:00 - 04:15	4	4	4	
04:15 - 04:30	4	4	4	
04:30 - 04:45	4	4	4	
04:45 - 05:00	4	4	4	
SUMA	69	76		
PROMEDIO	3,45	3,8	3,625	

MICROANÁLISIS 15 Última Impro guitarra - piano (48:30 - 50:45)			
11-01-16 V. 17			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	3	4	3,5
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	4	3	3,5
01:00 - 01:15	3	4	3,5
01:15 - 01:30	4	3	3,5
01:30 - 01:45	3	3	3
01:45 - 02:00	3	4	3,5
02:00 - 02:15	3	4	3,5
SUMA	29	33	
PROMEDIO	3,22222222	3,66666667	3,44444444

MICROANÁLISIS 16 Última Impro guitarra - piano. (51:30 - 55:45)			
Flamenca			
11-01-16 V. 17			
TIEMPO	RNV	RSM	Promedio
00:00 - 00:15	3	4	3,5
00:15 - 00:30	4	4	4
00:30 - 00:45	3	4	3,5
00:45 - 01:00	4	4	4
01:00 - 01:15	4	4	4
01:15 - 01:30	3	4	3,5
01:30 - 01:45	3	4	3,5
01:45 - 02:00	4	4	4
02:00 - 02:15	3	4	3,5
02:30 - 02:45	3	4	3,5
02:45 - 03:00	3	4	3,5
03:00 - 03:15	3	4	3,5
03:15 - 03:30	4	4	4
03:30 - 03:45	3	4	3,5
03:45 - 04:00	3	3	3
04:00 - 04:15	4	4	4
SUMA	54	63	
PROMEDIO	3,375	3,9375	3,65625

PROMEDIO GENERAL			
Microanálisis 1 -16	3,248322589	3,441759381	3,290590227

2) TABLA MTRS de Raglio et al (2011). Original.

Non-verbal relationship (NVR)	Sonorous-musical relationship (SMR)
0 = physical distance, absence of looking at each other and/or physical withdrawal from each other	0 = absence of sonorous-musical production
1 = physical distance, looking at each other	1 = individual sonorous-musical production
2 = physical closeness, absence of looking at each other and/or physical withdrawal from each other	2 = disattuned sonorous-musical production
3 = physical closeness, reciprocity of bearing/front position and/or looking at each other	3 = attuned sonorous-musical production, staticity, imitation
4 = reciprocity of bearing/front position, looking at each other, smile/expressive and/or body involvement	4 = attuned sonorous-musical production, dynamism, variations of the sonorous-music parameters and structure