

MUSICOTERAPIA, SALUD E IDENTIDAD CULTURAL. EL ABORDAJE MUSICOTERAPÉUTICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA IDENTIDAD CULTURAL EN NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES INTERNOS E INMIGRANTES ASISTIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Biegun, Karin S.; Alperovich, Natalia J.

MUSICOTERAPIA, SALUD E IDENTIDAD CULTURAL. EL ABORDAJE MUSICOTERAPÉUTICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA IDENTIDAD CULTURAL EN NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES INTERNOS E INMIGRANTES ASISTIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Anuario de Investigaciones, vol. XXVII, 2020

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429048>

MUSICOTERAPIA,
SALUD E IDENTIDAD
CULTURAL. EL ABORDAJE
MUSICOTERAPÉUTICO PARA
EL FORTALECIMIENTO DE LA
IDENTIDAD CULTURAL EN
NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES
INTERNOS E INMIGRANTES
ASISTIDOS EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES

Anuario de Investigaciones, vol. XXVII,
2020

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Recepción: 18 Junio 2020
Aprobación: 20 Octubre 2020

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=369166429048](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429048)

MUSIC THERAPY, HEALTH AND CULTURAL
IDENTITY. THE MUSIC THERAPY APPROACH FOR
THE CULTURAL IDENTITY STRENGTHENING
IN MIGRANT CHILDREN AND INMIGRANTS,
ATTENDING TO A PUBLIC HOSPITAL IN THE CITY
OF BUENOS AIRES

Karin S. Biegun karinbiegun1@gmail.com

Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Argentina

Natalia J. Alperovich

Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Argentina

Resumen: Un número significativo de los pacientes pediátricos oncológicos que se atienden en el Hospital Público Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires provienen de países limítrofes y diversas zonas del interior del país. Las prácticas invasivas y el desarraigo cultural imponen la necesidad de elaborar los aspectos traumáticos y resignificar el duelo. A este difícil proceso se le suma el desconocimiento por parte de médicos y enfermeros de la cultura del “otro”, generando una situación de exclusión social. A partir de la reflexión sobre el sujeto y su relación con lo sonoro-musical, y la salud, se implementó durante dos años un dispositivo musicoterapéutico en el contexto del Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Nacional Pediátrico Pedro de Elizalde. En base a la intervención realizada, el siguiente proyecto de investigación se propone caracterizar la función del abordaje musicoterapéutico en el fortalecimiento de la identidad cultural en pacientes pediátricos migrantes internos e inmigrantes.

Palabras clave: Cultura, Identidad Cultural, Salud, Enfermedad, Atención, Modelo Médico Hegemónico, Musicoterapia.

Abstract: A significant number of pediatric cancer patients treated at the Public Pediatric Hospital of the City of Buenos Aires come from neighboring countries and other regions of Argentina. Invasive practices and cultural uprooting impose the need to elaborate on traumatic aspects and to redefine grief. This difficult process is compounded by the ignorance on the part of doctors and nurses of the culture of

the “other”, generating a situation of social exclusion. Based on the reflection on the subject and his relationship with music, sound and health, a music therapy device was implemented for two years in the context of the Haemato-Oncology Unit of the Pedro de Elizalde Pediatric National Hospital. Based on the intervention carried out, the following research project aims to characterize the role of the music therapy approach in strengthening cultural identity in internal migrant and immigrant pediatric patients. **Keywords:** Culture, Cultural Identity, Health, Illness, Attention, Model Medical Hegemonic, Music Therapy.

INTRODUCCIÓN

Cada año, se diagnostican en el país 1200 nuevos casos de pacientes pediátricos oncológicos. El Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Pediátrico Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires, es un lugar de referencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades hematológicas y oncológicas. Este servicio atiende más de 300 pacientes por mes cuyos diagnósticos comprenden leucemias, linfomas y tumores sólidos. Los tiempos de tratamiento que incluyen internación, tratamientos ambulatorios y controles, oscilan entre los seis meses y los dos años.

Un número significativo de estos pacientes y sus familias provienen de países limítrofes (mayoritariamente de Paraguay, Bolivia, Perú), así como de diversas zonas del interior del país. La naturaleza del padecimiento de los niños es compleja. Supone considerar tanto el sufrimiento físico que implica la enfermedad como el sometimiento al Modelo Médico Hegemónico. Dicha situación conlleva procesos de desarraigo cultural y exclusión social e involucra un cambio de tal magnitud que interroga a la identidad del sujeto (Biegun y Alperovich, 2015).

Las prácticas médicas en instituciones públicas no tienen políticas explícitas para afrontar este desafío, más bien parecería que esta cuestión queda librada a la orientación y actitud de las autoridades de las instituciones o de los propios médicos y el personal de salud (Jelin, 2006). En el Hospital Pediátrico en el que desarrollamos nuestra investigación, no hay un dispositivo armado para la comprensión de la cultura del “otro”. En ocasiones, la mirada se dirige a la inclusión del otro en la cultura “dominante”, desestimando en muchos casos la lengua y cultura de origen. Nombrar la “diferencia” implica muchas veces mecanismos de estratificación y desigualdad, donde la cultura dominante impone su visión sin tomar en cuenta las representaciones y prácticas de salud que porta el migrante/inmigrante.

Los niños y niñas con los que trabajamos en la presente investigación acuden a la Sala de Juegos de la Fundación Flexer, mientras esperan ser llamados para su atención médica (controles, análisis hematológicos y otros estudios invasivos) en el Servicio de Hemato-Oncología. La Fundación Flexer es una organización sin fines de lucro, cuya misión es mejorar la calidad de vida del niño enfermo de cáncer: cuenta entre sus objetivos primordiales promover el acceso al tratamiento adecuado en tiempo y forma, y brindar al niño y su familia las mejores condiciones de

soporte y cuidado. La Sala de Juegos fue creada por el Hospital a partir del año 2003 y está localizada junto al Servicio de Hemato-Oncología.

Consideramos que la inclusión de la musicoterapia como disciplina perteneciente al campo de la salud, puede aportar desde su especificidad una mirada integral que contemple los diferentes aspectos de la difícil situación que los niños y sus familias atraviesan. La musicoterapia forma parte de la “atención en salud”, es decir de la respuesta que la sociedad da a los problemas de salud-enfermedad a través de saberes, prácticas y procedimientos sistemáticos de intervención (Alperovich, 2000). A partir de la reflexión sobre el sujeto y su relación con lo sonoro-musical, la identidad, la comunicación y la salud, constituímos un modo de intervención musicoterapéutica posible sobre la problemática de los sujetos migrantes internos e inmigrantes afectados por enfermedades amenazantes para la vida que requieren tratamientos prolongado. Formulamos en base a lo expuesto el siguiente interrogante: ¿cuál es la función de un abordaje musicoterapéutico en el fortalecimiento de la identidad cultural de pacientes pediátricos oncológicos migrantes internos o inmigrantes?

Para responder a esta pregunta, implementamos un dispositivo musicoterapéutico en la sala de juegos de la Fundación Flexer durante dos años, en el marco de un proyecto de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (PROINPSI). Se trata de un diseño exploratorio descriptivo de carácter cualitativo, basado en una muestra de 10 pacientes. El corpus de análisis fue construido a partir de registros audiovisuales y crónicas escritas de cada encuentro y de un cuestionario sobre la historia sonora musical del niño y su familia para ser completado por los adultos que acompañaban al paciente.

MARCO DE REFERENCIA

La bibliografía existente sobre la temática planteada refiere a la intervención del musicoterapeuta con niños en internación hospitalaria (especialmente enfocada en oncología y procedimientos invasivos) así como musicoterapia dirigida a grupos de inmigrantes. No hallamos registro bibliográfico hasta la fecha, de estudios referentes a la musicoterapia aplicada a niños y niñas inmigrantes/migrantes en tratamiento hospitalario. Partiremos, por lo tanto, de marcos teóricos que apunten a las categorías y ejes que nos atañen: Cultura, Identidad Cultural, Salud-Enfermedad-Atención, Modelo Médico Hegemónico, Musicoterapia.

Cultura e identidad

Desde un enfoque antropológico encontramos que la cultura es según Geertz (1997) un sistema de concepciones simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida: la función de la cultura es dar sentido

al mundo y hacerlo comprensible. En relación a esta definición, la identidad cultural, desde una perspectiva clásica, encierra un sentido de pertenencia a un grupo social con el cual se comparten diferentes rasgos culturales. Entre ellos podemos mencionar las costumbres, lengua y música (instrumentos de comunicación entre los miembros de una comunidad), ritos y ceremonias, y los comportamientos colectivos, esto es los sistemas de valores y creencias (Gonzalez-Varas, 2015). Según Hall (1990), la identidad no es un concepto fijo, esencialista, sino estratégico y posicional que se recrea individual y colectivamente. Deja de señalar, por lo tanto, ese núcleo que sigue siendo siempre “el mismo”, idéntico a sí mismo a lo largo del tiempo. Por el contrario, “las identidades están cada vez más fragmentadas y fracturadas, nunca son singulares, sino construidas de múltiples maneras a través de discursos, prácticas y posiciones diferentes, a menudo cruzadas y antagónicas, sujetas a una historización radical y a un constante proceso de transformación” (p.5). A estos fines, García Canclini (2003) propone el concepto de hibridación, que permite pensar la identidad en una lectura abierta que se aleja de los discursos esencialistas, la autenticidad y la pureza cultural. En este sentido, pensamos que la noción de “Configuración Cultural”, resulta una herramienta útil a los efectos de nuestra investigación, concepto que enfatiza la noción de un marco compartido por actores enfrentados o distintos y de articulaciones complejas de la heterogeneidad social, implicando una trama simbólica compartida, lenguajes verbales, sonoros y visuales por medio de los cuales los sujetos pueden entenderse y enfrentarse. (Grimson, 2011). Las identidades no son naturales, se constituyen en lugares históricos e institucionales, dentro de formaciones y prácticas discursivas. Son construcciones inacabadas, producto de procesos identificatorios que comienzan en la infancia pero que se suceden a lo largo de toda la vida de los sujetos (Hall, 1996). Suponen una forma de acción del individuo sobre sí mismo e implican un proceso de identificación, una acción sobre el mundo social, el mundo intersubjetivo y el universo simbólico (Gleizer, 1997). Por lo tanto, la conformación de la identidad individual no puede darse al margen de la identidad colectiva: identidad y cultura son parte del proceso de socialización del individuo

Para el desarrollo de nuestro trabajo seleccionamos tres dimensiones a través de las cuales se pueden visibilizar las dinámicas de la identidad cultural: la comunicativa, la de tradiciones y costumbres, y por último la de valores y creencias.

La identidad cultural en sus tres dimensiones

La comunicación (Bruscia, 2015), constituye una forma de interacción con el propósito de codificar y decodificar, y de esa manera intercambiar información con los demás: es fundamental, en tanto proceso que pone al individuo en relación consigo mismo, con los otros y con su contexto social inmediato y mediato.

La dimensión comunicativa, comprende tanto la lengua como la música en tanto sistemas de comunicación. La lengua, según Augé (2004,

p.19), al igual que los mitos, la representación del cuerpo, las jerarquías sociales “expresa el trabajo incesante de todas las sociedades por definir lo mismo y lo otro”. Las prácticas lingüísticas desempeñan un papel esencial en la creación de maneras singulares de ver y estar en el mundo. Según la antropología lingüística, el lenguaje está constituido por un conjunto de estrategias simbólicas que forman parte del orden social, y de las representaciones interpsicológicas e intrapsicológicas. Frente a la imposición de una unidad lingüística por parte de las políticas institucionales, los hablantes que se encuentran en la periferia del sistema social pueden elegir moverse hacia la diferenciación: buscan de este modo resistir a la variante mayoritaria y oficial, manteniendo identidades alternativas y a menudo paralelas (Duranti, 2003).

Según Seeger (como se citó en Cámara de Landa, 2003), la música constituye un sistema de comunicación que abarca sonidos estructurados y producidos por miembros de una comunidad cuando interactúan con otros miembros. Está basado en normas culturales que dominan nuestra percepción de los elementos musicales. Desde esta perspectiva, también ha sido definida como sonido humanamente organizado (Blacking, 2015). La música permitiría un número infinito de posibles representaciones de lo que ella es según el contexto social, revelando debido a su carácter polisémico significados diferentes (Ruud, 1990). Construye nuestro sentido de la identidad “mediante experiencias directas que ofrece del cuerpo, el tiempo y la sociabilidad, experiencias que nos permiten situarnos en relatos culturales imaginativos” (Frith, 2012, p.212).

Para Bruscia (1998), la comunicación musical es diferente de la verbal, tanto en el contenido, esto es, qué se comunica, como en el proceso, es decir, cómo se comunica. Lo que podemos comunicar respecto a la música, no siempre se puede transmitir a través de las palabras, y viceversa. La comunicación musical no puede ser sustituida o desplazada por ningún otro tipo de comunicación. Por un lado, es un medio de expresión no verbal, que puede también incluir palabras, movimientos e imágenes visuales, brindando una forma de manifestar conflictos y sentimientos que no son fáciles de canalizar por otras vías. Por otro lado, la música puede ofrecer un puente de conexión entre el canal verbal y el no verbal, incentivando o intensificando la comunicación verbal, mientras que la comunicación verbal puede clarificar y consolidar la experiencia musical.

En cuanto a la dimensión de las tradiciones y costumbres, no son inalterables e inmóviles, sino cambiantes y adaptativas, se recrean continuamente, asumiendo nuevas funciones y significados según las contingencias dentro del contexto de la sociedad global. Implican un nexo de continuidad entre el pasado transformado y su incorporación en el presente, que deriva de la decantación cultural y de la hibridación. Cada comunidad, colectivo, grupo social. construye y recrea su tradición en función de diferentes experiencias vivenciales (Arévalo, 2004).

Respecto a la dimensión de los valores y las creencias, es fundamental, consignar que éstos se asocian principalmente a las normas, presuponen un código prefijado que regula la acción, y están basados en lo considerado “deseable” para el grupo social (Grebe, 2016).

Modelo Médico e inmigración

Las normas culturales rigen también los valores y creencias acerca de la concepción sobre los procesos de salud-enfermedad. Es decir que el estar sano o enfermo no va a ser vivido por los sujetos sólo como individuos biológicos, sino que va a estar asociado a las normativas que rigen en cada momento histórico. (Samaja, 1977). Estos sistemas normativos son parte de una estructura que provee de categorías básicas y sistemas clasificatorios que señalarán las experiencias como normales o anormales para esa cultura. En consecuencia, también toda cultura explicará o dará sentido a esta anomalía y tomará medidas para enfrentarla, a partir de prácticas y creencias sobre la salud y la enfermedad que serán producidas y reproducidas por las instituciones.

La construcción de estos saberes y prácticas no son patrimonio exclusivo de la medicina, sino que en su trama, se articulan procesos económico-sociales, políticos e ideológicos (Grimberg, 1997). En términos históricos, junto al desarrollo del capitalismo se produce la organización de una medicina con formas de poder y control de sectores bien delimitados, que permitieron la existencia de una indagación médica bastante compleja, dando lugar a lo que se conoce como medicina científica (Foucault, 1990). El conjunto de prácticas, saberes y teorías de esta medicina constituyen- según Menéndez (1990)- el Modelo Médico Hegemónico. Sus características principales son: el biologismo, la eficacia pragmática, el mercantilismo, la orientación básicamente curativa basada en la eliminación del síntoma y la relación asimétrica médico-paciente entre otras.

En la institución hospitalaria, los profesionales, no importa su origen étnico, han sido formados en la práctica de dicho modelo de intervención que descansa sobre los criterios normativos de la medicina científica para seleccionar lo que es sano y lo que es enfermo, como así también en las formaciones interpretativas y valorativas que proceden del contexto sociocultural y se inscriben en la esfera de la normatividad social dominante (Grimberg, 1997). La adecuación del personal a estos valores es máxima cuando se trata de una institución pública donde lo instituido cobra mayor fuerza. El inmigrante con frecuencia queda marginado, al no poseer los códigos simbólicos necesarios para manejarse en la cultura hospitalaria pública. (De Plain, 2006). Siguiendo a Grinberg y Grinberg (1984), encontramos que los procesos migratorios imponen un cambio de tal magnitud que como señalamos anteriormente, pone en riesgo la identidad de los sujetos. La pérdida de objetos es masiva, incluyendo los más significativos y valorados: personas, cosas, lugares, idioma, costumbres, etc. a todos los cuales están ligados recuerdos e intensos afectos. Se trata de una conmoción que sacude toda la estructura psíquica, por supuesto, más expuesta a sus consecuencias cuanto menos consolidada se encuentre.

En el caso de una enfermedad oncológica, el tratamiento suele traer aparejados ansiedad, sentimientos de aislamiento, culpa o angustia. Se hace evidente la necesidad de un sostén importante para enfrentarse

al proceso de duelo ante los proyectos interrumpidos, y la elaboración de la situación de dependencia, separación y exclusión que genera la hospitalización prolongada. ¿De qué manera puede contribuir la musicoterapia frente a esta problemática?

Musicoterapia y salud

Bruscia define a la musicoterapia como “un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio” (2007, p. 18). El musicoterapeuta ofrece con su presencia y sus recursos sonoros la posibilidad de un entorno seguro y confiable, que le permite al paciente la expresión de sus temores y fantasías.

La relación del sujeto con la música, como hemos señalado a lo largo del trabajo, está vinculada a la cultura. El ubicar que la música es una producción o una manifestación de una determinada cultura y “ser capaz de hacer la lectura de los contextos culturales que crean interconexiones entre música e identidad y que suministran un lenguaje para la representación de la experiencia musical” (Ruud, 1992, p.170), puede facilitar la intervención terapéutica y constituirse en un elemento eficaz en la promoción de la salud. Pero actuar musicalmente de acuerdo con el repertorio de códigos musicales del paciente, no sólo posibilita un mejor desarrollo de las interacciones entre musicoterapeuta y paciente, sino que constituye un respeto básico por la identidad musical del sujeto, atendiendo a la diversidad cultural.

En los trabajos de Forrest (2002), encontramos un enfoque que resalta la importancia del rol que juega la musicoterapia, posibilitando a los inmigrantes recrear su identidad e integrando experiencias del pasado y del presente a través de la expresión musical creativa. La música puede ser empleada como un medio de creación, mantenimiento y cambio de la identidad grupal e individual, permitiendo que los individuos se identifiquen con grupos sociales o culturales particulares.

En tratamientos invasivos y agresivos, como ser punciones y venopunturas, la musicoterapia ayuda a la expresión catártica de sentimientos, donde los sonidos colaboran en la expresión del dolor, el miedo y la ansiedad del niño (Loewy, 1997). También se trabajan mediante el intercambio musical y la improvisación aspectos que ayudan a crear vínculos con el otro, combatiendo así el aislamiento inherente a la internación, los tratamientos y la consiguiente interrupción de la vida social que llevaba antes de esta irrupción traumática.

Las musicoterapeutas rioplatenses Alejandra Goldfarb y Mayra Hugo (2000) han enfatizado la importancia de promover la participación activa del niño, pudiendo tomar así control y autonomía sobre algún aspecto de su situación actual.

Por último, la musicoterapeuta Mercedes Pavlicevic (2005) destaca la relevancia del trabajo grupal tanto con pacientes como con sus familiares.

OBJETIVOS

Objetivo General

caracterizar la función del abordaje musicoterapéutico en el fortalecimiento de la identidad cultural en pacientes pediátricos, niños y niñas migrantes internos e inmigrantes.

Objetivos Específicos

identificar y caracterizar las tres dimensiones dentro de la cultura: en primer lugar la comunicacional, en segundo la de valores y creencias y por último la de tradiciones y costumbres.

DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO

Una musicoterapeuta, una coterapeuta y una estudiante de la Licenciatura en Musicoterapia (UBA), coordinaron cada uno de los encuentros, en los que se trabajó con la población citada para atenderse ese día. Por lo tanto, no fue posible prever cómo iba a estar conformado el grupo con el que se trabajaría en cada encuentro. Como consecuencia, nos hallamos frente a una intervención de modalidad focal y configuracional.

Sintetizamos la descripción de la implementación del dispositivo musicoterapéutico en dos grandes períodos: primera y segunda etapa, en el primer y segundo año respectivamente. En cuanto al encuadre temporal, el dispositivo tuvo una duración de una hora, tanto a lo largo del primer como el segundo año.

Primera Etapa

Se trabajó durante el primer año en dos momentos. En el primero de ellos, se incluyeron la totalidad de los niños y niñas que concurrían a la sala de juegos del Servicio de Hemato-Oncología. En una segunda instancia, se trabajó en forma individual con un paciente, o en grupo de dos a tres niños, que presentaran las características que definían a la muestra, es decir, niños migrantes e inmigrantes. El espacio social se amplió en forma creciente con la participación de las familias. Los padres, abuelos, hermanos, se sumaron en reiteradas ocasiones a la actividad, por lo que consideramos relevante incluirlos en la unidad de análisis de la investigación

Segunda Etapa

Debido al interés creciente por participar de la actividad manifestado por los niños y sus familias decidimos unificar los dos momentos anteriormente pautados en uno más prolongado. Asimismo se

implementaron actividades diversas, a fin de presentar diferentes disparadores para habilitar la emergencia de la expresión de la singularidad en un marco de heterogeneidad cultural.

ESTRUCTURA DE LOS ENCUENTROS

Los encuentros comprendieron una primera aproximación introductoria, a continuación de la cual se desarrollaban las actividades, seleccionadas de acuerdo al emergente del contexto. En un principio la respuesta fue escasa, los niños/as se iban involucrando paulatinamente, de parte de las familias, los silencios eran significativos. En diversas oportunidades se observó una marcada inhibición en la participación a través de la voz o el cuerpo, especialmente en los adultos. Una de las causas con la que podemos relacionar este silencio y falta de participación inicial es la posición pasiva en la que el Modelo Médico Hegemónico sitúa a estos pacientes y sus familia

Primer momento

- Toma de contacto: presentación con los nombres de todos a través del canto y un instrumento acompañante.
- Exploración conjunta de instrumentos, como etapa de caldeamiento.
- Improvisación conjunta con instrumentos de percusión utilizando el lenguaje de señas.

La presentación cantada con los nombres de los niños/as que se realizaba al comienzo de los encuentros contribuyó al establecimiento de un primer acercamiento vincular. La presentación es importante, no sólo porque el nombre inscribe al sujeto en una filiación, en una cultura propia, sino porque genera una situación en donde eso importa (todos somos nombrados) y abre a la singularidad.

Para fomentar la participación, se empleó la improvisación grupal con instrumentos de percusión utilizando el lenguaje de Ritmo y Percusión con Señas. Esta técnica consiste en una forma de hacer música donde el grupo improvisa coordinado por un director, que mediante señas realizadas con las manos y el cuerpo, va dando pautas que convierten la improvisación grupal en un juego de composición colectiva en tiempo real. La posibilidad de su aplicación en forma inmediata, sin necesidad de aprendizajes musicales previos, permitió poner en juego gradualmente la comprensión de roles, la creatividad, la escucha interna y externa, la valoración de la diversidad, el liderazgo grupal y personal (Vázquez, 2013).

A través de esta técnica, se promovió un clima participativo, donde en forma bastante rápida, los niños y algunos de los padres se constituyeron como grupo eventual y se hicieron escuchar, en ocasiones tímidamente al comienzo, y en forma más contundente al final. En varios de los encuentros los padres también participaron haciendo sonar sus instrumentos. Dentro de la improvisación hubo dos momentos

importantes: el primero resultó una instancia en donde la emergencia de los solistas habilitó la expresión de la singularidad frente al grupo. Es de destacar, que a veces surgieron en estas improvisaciones ritmos procedentes de la comunidad de origen. como ser el huayno de la región andina. El segundo momento consistió en la asunción del rol de “director”, que en tanto líder, guió las improvisaciones colectivas, marcando silencios, sonidos, y diferenciando roles dentro de la música. De esta manera, se logró modificar la posición pasiva de los niños, en el contexto del tratamiento médico, quienes pudieron asumir el control de la situación grupal musical.

Segundo momento

- Creación de letras para músicas ya preestablecidas, posibilitando la expresión subjetiva a través de la producción simbólica. Grabación y escucha posterior de las mismas.
 - Audición de música significativa para el niño y su grupo de pertenencia. Escucha y canto colectivo de canciones musicales infantiles con ritmos de la Mesopotamia y el Noroeste Argentino.
 - Creación conjunta de canciones basada en el intercambio con otros niños pertenecientes o no a su misma cultura de origen, como factor de integración grupal e intercambios interculturales con un “otro”.
 - Construcción de un cancionero colectivo de diversos géneros, que se instaure como “memoria” del repertorio compartido.
 - Audición y canto conjunto de canciones en lenguas autóctonas: mapundungun, qom, guaraní, quechua.
 - Ejecución en vivo de instrumentos de diversas culturas: kultrun, berimbau, bombo, caja, bongo, sikus, quena e instrumentos informales de creación propia como el “matófono”, confeccionado a partir de un mate.
 - Narración y dramatización de mitos y leyendas pertenecientes a diversas culturas.
 - Realización de movimientos y danzas en forma individual y grupal.

Terminado el primer momento introductorio, pasamos al desarrollo de la actividad, donde en los primeros encuentros, propusimos al grupo la elección libre de canciones. Dada la escasa respuesta, brindamos un repertorio lo más amplio posible, que contemplara diferentes géneros (canciones infantiles, chacarera, zamba, tango, rock, ragtime, jazz, cumbia, candombe, chamamé, blues, entre otras), así como la audición y canto en lenguas autóctonas, ejecución de instrumentos de diferentes culturas, narración y dramatización de mitos y leyendas, danzas y rondas. El objetivo fue ofrecer al grupo material significativo que habilitara la manifestación de la singularidad. El foco no estuvo puesto en la música, sino en lo que el lenguaje musical traía a la escena: la variedad de canciones y ritmos tenía por objetivo interpelar la identidad cultural presente en la familia.

RESULTADOS OBTENIDOS

A lo largo de nuestra investigación hemos podido obtener los siguientes resultados respecto a las tres dimensiones consignadas anteriormente. A modo de ilustración presentaremos algunos ejemplos.

La dimensión comunicacional se ve representada a través de numerosas manifestaciones lingüísticas y musicales.

Respecto a las manifestaciones lingüísticas, si bien predominan las pertenecientes a la lengua del país de acogida, surgen manifestaciones espontáneas relacionadas con la “otra lengua” hablada en el lugar de origen. Al escuchar canciones y expresiones en guaraní/mapudungun/quechua/aymará se suscitan comentarios y reacciones significativas por parte de algunos/as niños/as y familiares. La lengua no implica sólo un medio de comunicación, sino una forma de categorizar el mundo. Esta diversidad de lenguas convoca en forma directa a los integrantes del grupo familiar, vinculando a sus miembros a través de experiencias comunes de la historia y el legado compartido:

- La madre de P. (hermana de un paciente que está hace cuatro meses internado), nos comenta que su papá hablaba en guaraní, y comparten con el grupo saludos de bienvenida en esa lengua.

Surgen diferencias intergeneracionales en la forma de relacionarse con la lengua de origen en el nuevo contexto cultural dominante. Las nuevas generaciones experimentan muchas veces diferentes estrategias de autopreservación como la reticencia y el ocultamiento.

- Un familiar de un niño en tratamiento, al escuchar una canción en mapudungun, nos cuenta espontáneamente que él habla otra lengua, guaraní. Accede gustoso a decirnos unas palabras en ese idioma. Cuenta que él vino de Paraguay, pero que sus hijos no quieren saber nada con su país de origen, y tampoco lo conocen.

- Al escuchar una canción cantada en Aymará, una niña, G., la hija de la enfermera, dice que se parece a una lengua que su mamá habla “a veces”. Su madre nos comenta que reconoce la lengua, pero que no la puede hablar fluidamente.

Las palabras, los silencios y los gestos, adquieren sentido por el contexto en que se producen, y tienen consecuencias sobre nuestros modos de estar en el mundo:

- Los padres de Uriel se mantienen silenciosos durante todo el encuentro. Poco antes del cierre, los padres de Uriel, oriundos de Cochabamba cuentan que hablan quechua, y el padre relata que toca quena y zampoña.

Las manifestaciones musicales abarcan géneros, ritmos, e instrumentos musicales y sonoridades propias de diversas culturas. Frente al ofrecimiento de elementos propios de la música de distintas regiones se abre un espacio donde aparecen marcas de identificación y pertenencia a una filiación particular.

Según Ruud (1992, pp. 41-42) “...la relación del sujeto con la vivencia musical está totalmente teñida por su “biografía musical”, por su situación histórica o cultural específica. Por lo que es importante que el

musicoterapeuta que trata de comunicarse a través de la música, pueda acceder a la comprensión de la relación entre la vivencia musical y la identidad cultural”, que puede presentarse en forma explícita o implícita:

- En la improvisación de A. de 11 años, nacida en Tupiza, Bolivia, aparecen espontáneamente ritmos de huayno. A. menciona que le son familiares, relata que sus tíos y primos viven en Tarija, y que allí su tío tocaba la guitarra y el primo inventaba canciones, también comenta que en la escuela le enseñaban zampoña, y que a ella le gustaba tocarla.

- El paciente de Salta, y su mamá, “no se integran”, según la Coordinadora de la Sala de Juegos. Cuando escucha el sonido del charango el paciente le dice en secreto a su mamá: “Vos sabés”. Ella sonríe, pero no dice nada. Cuando conversamos con el niño sobre el charango dice que él no lo conoce, pero su mamá sí.

El hacer musical articula las vivencias del pasado con las vicisitudes del presente, La posibilidad de compartir esta experiencia, constituye una forma de interacción y comunicación con los otros sujetos, que implica un proceso de relación consigo mismo y con los demás:

- El abuelo de uno de los pacientes, oriundo de Corrientes, toca en la guitarra temas folklóricos elegidos por él: chamamé y chamarrita entre otros. Uno de ellos es el chamamé Kilómetro 11, que las musicoterapeutas acompañan con teclado y canto. El grupo de padres responde con mucho interés a esta propuesta musical.

- G. de 9 años nacido en Bolivia, vino a Argentina a los 9 meses. Reconoce al sikus como un instrumento que tocaba su padre, cuenta que hace cinco años volvió de visita a La Paz, y allí vio el sikus que su papá tocaba de joven. Durante el taller G. lo pide y lo toca con mucho entusiasmo.

- El conjunto de los miembros se integra coreando los temas del cancionero popular creado para el dispositivo, (la “memoria” del grupo), para lo que cuentan con fotocopias que repartimos para el canto conjunto. Se interpretan temas del cancionero popular argentino: canciones de María Elena Walsh, temas populares del folklore argentino: como chacareras y carnavalitos, cumbias, chamamés y temas de rock nacional.

El musicoterapeuta posibilita a través del dispositivo expresar por medio de la creación musical sentimientos de pérdida y añoranza. Aparecen también representaciones sobre su país, muchas veces idealizadas a la lejanía, expresando el duelo por la pérdida de un lugar fuertemente investido para el paciente a través del legado de sus padres:

- En otro encuentro, G. dice que quiere hacer una canción sobre los colores, elige amarillo, verde y rojo y dice que son los colores de su bandera. Luego de escribir la letra, las musicoterapeutas le ofrecen ponerle música, lo que el niño acepta. Cuando una de las musicoterapeutas toca una sucesión de acordes menores en la guitarra para cantar la canción él dice que “suenan tristes, tristes como estar afuera de tu país.”

La dimensión de las tradiciones y costumbres, se vio principalmente representada a través de la mención y descripción de comidas típicas. El tema de la comida es muy importante y surge en reiteradas ocasiones, aparece como un elemento que contribuye fuertemente al sentimiento de

identidad. Comer es un acto que va mucho más allá del cuerpo biológico: se relaciona con el cuerpo social y político. Cuando se expresan similitudes y diferencias en los gustos, la comida permite marcar mismidad y otredad, distancia y proximidad en los vínculos. El alimento ocupa una posición central en la organización social, posibilita ser considerado un miembro de un grupo dado. “No confiamos sino en los que comen igual que nosotros” (Burgos, 1983 como se citó en De Plaen 2006, p. 66)

- Conversación grupal, acerca de cuáles son las bebidas y comidas favoritas para el desayuno: mate, maicena con leche chocolatada y terere, tortilla, chipá y galletitas. Cuando se entabla la conversación sobre las comidas y el desayuno, aparece a través del discurso de una voluntaria, la insistencia en incluir algo “más sano”. Vale aquí preguntarse sobre la relación cultural con el alimento y su incidencia en términos de salud-enfermedad. También es interesante interrogarse acerca de la visión hegemónica sobre que es saludable o no, a través del rol de la voluntaria de la Fundación Flexer como referente de las concepciones normativas hegemónicas.

- Creamos en conjunto con A. una canción donde relata sus recuerdos de Tupiza, y narra que allí vive su abuela, y cuando va de visita le prepara “cosas ricas” tales como el guiso de arroz.

- G. de 9 años, describe su comida favorita como un maní sobre la hoja de lechuga y la papa. La madre nos explica que se llama “papa a la huancaína”.

En la dimensión de valores y creencias, encontramos que las familias. pueden realizar y demandar acciones sobre sus padeceres y obtener beneficios de la atención del dispositivo médico, aunque no siempre comparten los valores que el Modelo Médico Hegemónico promueve:

- A. relata que sus padres quisieron que naciera en Tupiza, porque un hermano había muerto durante el parto en Potosí, y ellos no confiaban en el sistema de salud de esa ciudad.

- La madre de B, de 8 años, relata que viaja a Argentina desde Potosí, porque allí no le dan esperanzas, le pronostican a su hija un par de meses de vida. En Bs. As. el tratamiento prolonga su vida dos años más.

En cuanto a las creencias religiosas, aparecen con relativa frecuencia alusiones a la Iglesia Evangélica y a su música.

- C., otro paciente que vino hace tres meses con su madre de Salta, refiere que toca la batería en la Iglesia Evangélica en su provincia natal.

En vista a las manifestaciones registradas, observamos que el proceso de implementación del dispositivo musicoterapéutico posibilitó identificar la emergencia de su función en las tres dimensiones abordadas.

REFLEXIONES FINALES

Tomando en consideración los resultados alcanzados durante los dos años en los que se desarrolló nuestra investigación, encontramos posible la implementación de un dispositivo musicoterapéutico que habilite la expresión de la identidad cultural de los niños y sus familias en un contexto de heterogeneidad social. La utilización de la música en

este dispositivo dinamiza la participación y el intercambio entre los participantes, generando el encuentro con “el otro”, suscitando así igualdades y diferencias. En los encuentros realizados la música pudo ser empleada como medio de mantenimiento y/o reconfiguración de la identidad grupal e individual, permitiendo que los integrantes del grupo que se conforma a través del dispositivo se identifiquen o se diferencien entre sí (Forrest, 2002). Si bien la modalidad del dispositivo era configuracional y focal, debido a que no se podía prever la presencia de los concurrentes, la participación recurrente de algunos de ellos permitió dar cuenta de un proceso.

Consideramos importante continuar esta línea de investigación profundizando el estudio de la articulación entre los aspectos presentes y pasados en la reconfiguración identitaria.

En base a los resultados obtenidos, vemos que el dispositivo musicoterapéutico se constituye en una herramienta privilegiada para la expresión de la dimensión comunicacional, incluyendo tanto a las manifestaciones musicales como a las lingüísticas. Las dimensiones de las tradiciones y costumbres por un lado, y la de valores y creencias por el otro, aparecen también representadas, pero con menor frecuencia, predominando la dimensión comunicacional. La prevalencia de esta dimensión no es casual: una característica central de la musicoterapia consiste en la flexibilidad para moverse desde el canal de comunicación verbal, y el no verbal (lo corporal, sonoro, musical) y viceversa, posibilitando la conexión entre ambos campos.

Es importante tomar en cuenta que las posibilidades de la instrumentación de este dispositivo musicoterapéutico se vieron a menudo acotadas debido a su subordinación respecto a las prácticas médicas que se realizaban paralelamente. La institución hospitalaria es un espacio complejo en cuya dinámica interna se articulan y combinan las luchas de distintas disciplinas y sectores por la legitimidad y el poder, en donde existen hegemonías dominantes, desigualdades y distinciones sociales. La musicoterapia se inscribe en el campo de la salud, y desde distintas vertientes disciplinares lucha por legitimar y diferenciar su práctica (por ejemplo al intentar sistematizar sus métodos e incumbencias).

Consideramos que los resultados relevados mediante la implementación del dispositivo demuestran la importancia de la inclusión de este tipo de intervenciones musicoterapéuticas en el equipo de salud interdisciplinario del Hospital Público. Este abordaje puede ayudar así a comprender y descifrar mejor los “idiomas del sufrimiento” en los que los niños enfermos y sus familias expresan sus demandas y necesidades, partiendo de su sistema colectivo de creencias, mitos y valores.

Dentro del dispositivo hospitalario, los musicoterapeutas se enfrentan con las características y los condicionamientos que las representaciones médicas y el modelo médico hegemónico imponen. Sin embargo, cabe pensar, que el musicoterapeuta no es ajeno a esta estructura y a sus propios condicionamientos culturales y sociales. Nos parece esencial

cuestionarnos no sólo acerca de la problemática identitaria del paciente, sino también acerca de la del musicoterapeuta. Nos preguntamos entonces: ¿puede el musicoterapeuta resistirse a las valoraciones estéticas, a las distinciones y descalificaciones y ofrecer una posición ética que apunte al respeto por la singularidad y las diferencias culturales? ¿Cómo se ponen de manifiesto estas cuestiones en el encuentro entre el niño, sus familiares y el musicoterapeuta? ¿Qué función ocupa la música en este proceso relacional? ¿Cómo intervenir desde la propia disciplina (Grimson, 2011) a partir de una revisión que cuestione las perspectivas etnocéntricas? Estos interrogantes abren nuevos caminos de investigación. Para el musicoterapeuta, la posibilidad de no reproducir sus propias fronteras identitarias y culturales para descentrarse de una visión etnocentrista, necesita de una reflexión crítica acerca de los fundamentos de su práctica. Esta posición ética frente al sujeto y su padecimiento es un requisito previo indispensable al ejercicio profesional que implica la implementación del dispositivo musicoterapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alperovich, N. (2000). *Estudio sobre la intervención de la Musicoterapia en la problemática VIH-Sida*. Tesis de graduación. Universidad de Buenos Aires. Fac. de Psicología. Carrera de Musicoterapia.
- Arévalo, J. M. (2004). La tradición, el patrimonio y la identidad. En *Revista de estudios extremeños*, ISSN 0210-2854, Vol. 60, N° 3, 2004, págs. 925-956
- Auge, M. (2012). *¿Qué es la antropología?* Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Biegún, K. y Alperovich N. (2015). "Cuando la identidad está en riesgo: Musicoterapia, Cultura y Migración en el Hospital Público Pediátrico" *Revista NUPEART*, 14(14), 134-143. <https://doi.org/10.5965/2358092514142015134>
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y Prácticas*. México: Ed. Pax México.
- Camara de Landa, E. (2003). *Etnomusicología*. Madrid: Akal
- Blacking, J. (2015). *¿Hay música en el hombre?* Madrid: Alianza Editorial.
- De Plaen, S. (2006). *La atención de los niños y el pluralismo cultural*. Buenos Aires: Fundación Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".
- Duranti, A. (2003). *Antropología lingüística*. Buenos Aires: Cambridge U. Press
- Forrest, L. (2002). *A question of theory and practice: applying ethnomusicological theory to music therapy practice*. Proceedings of the 10th World Congress of Music Therapy, Oxford UK.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Frith, S. (2012). "Música e Identidad". En Stuart Hall & Paul Du Gay (comps.) *Cuestiones de Identidad Cultural*, cap. 7. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- García Canclini, N. (2003). Noticias recientes sobre la hibridación. En *Revista Transcultural de Música* N° 7.
- Geertz, C. (1997). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Goldfarb, A. y Hugo, M. (2000). *Musicoterapia como apoyo durante procedimientos invasivos en Pediatría*, trabajo presentado en el III

Congreso de la Federación Latinoamericana de enfermería Oncológica, Montevideo.

- González-Varas, I. (2015). *Patrimonio cultural*. Editorial Cátedra: Madrid.
- Grebe, M. (2016). Valores y juventud: una perspectiva antropológica. *Revista Chilena de Humanidades* 10, pag 95 a 102, consultado de <https://revistachilenahumanidades.uchile.cl/index.php/RCDH/article/view/38293/3992>
- Grimberg, M., Margulis, S., Wallace, S. (1997). Construcción social y Hegemonía: representaciones médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico. En Kornblit, A. (comp.) *Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Grimson, A. (2011). *Los límites de la cultura. Crítica de las teorías de la identidad*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicología de la Migración y del Exilio*. Madrid: Alianza Editorial. En Stuart Hall & Paul Du Gay (comps.) *Cuestiones de Identidad Cultural*, cap. 7. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Jelin E. y otros (2006). *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Ed. Prometeo Libros.
- Loewy, J. (1997). *Music Therapy and Pediatric Pain*. EEUU: Jeffrey Books.
- Menendez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Pavlicevic, M. (comp.). (2005). *Music Therapy in Children's Hospices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ruud, E. (1990). *Los caminos de la musicoterapia*. Buenos Aires: Ed. Bonum.
- Samaja, J. (1977). *La reproducción social y la relación entre salud y las condiciones de vida*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Honduras (mimeo).
- Schorn, M. (2005). *La capacidad en la discapacidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Vázquez, S. (2013). *Manual de ritmo y percusión con señas*. Buenos Aires: Editorial Atlántida.