

El Método Plurimodal como herramienta de evaluación del paciente en Salud Mental

*MT Mayra Hugo y Lic. **MT Diego Schapira

Resumen

El Método Plurimodal es un método musicoterapéutico desarrollado por musicoterapeutas que integran el programa ADIM, (Asistencia, desarrollo e investigación en Musicoterapia), institución fundada por los autores en Montevideo y en Buenos Aires. En este texto, se intenta describir cómo se concibe lo que en el Método se ha denominado "valoración diagnóstica" en musicoterapia, y cómo se la lleva a cabo. Para eso se brinda una breve introducción teórica del método, se describe qué se entiende por valoración, qué información se indaga y cómo se obtiene, y cuáles son los objetivos de la misma. Finalmente, se brindan tres ejemplos de valoración diagnóstica extraídos de casos clínicos.

* Mayra Hugo

Uruguaya, egresada de la Primera Escuela de Musicoterapia del Uruguay

Fundadora y coordinadora del programa ADIM

Musicoterapeuta del Servicio de Hemato oncología pediátrica del Hospital Pereira Rossell, y del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.

Ex integrante de la Comisión de Educación de la WFMT

Delegada suplente por Uruguay ante el CLAM.

**Diego Schapira

Argentino, musicoterapeuta y licenciado en musicoterapia egresado de la Universidad del Salvador (USAL), de Buenos Aires.

Fundador y coordinador del Programa ADIM.

Musicoterapeuta de la Comunidad Terapéutica Vicente López.

Profesor titular de Musicoterapia IV en la Carrera de Musicoterapia de la USAL.

Miembro del Consejo Asesor de la Carrera de Musicoterapia de la Universidad de Buenos Aires

Palabras clave: Método Plurimodal, valoración, Modos Comunicacionales no verbales (MCnoV)

Abstract

The Plurimodal Method was developed by music therapists who belong to the Programa ADIM (Assistance, Development and Research in Music Therapy), Institution founded by the authors in Montevideo and Buenos Aires. This paper intends to describe how is conceived and done what in the method is called "diagnosis assessment" in music therapy. For that purpose it is given a brief introduction to the method, it is described what is understood by "diagnosis assessment", what information is searched, how it is found and what are the aims of it. Finally, three clinical examples of "diagnosis assessment" are developed.

Keywords: Plurimodal method, Assessment, Non verbal communicational modes

Introducción

Este trabajo surge a partir de nuestra tarea como Musicoterapeutas, con pacientes psiquiátricos en rehabilitación, en un encuadre institucional, concretamente en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, en Montevideo y en la Comunidad terapéutica Vicente López, en Buenos Aires. Se trata de pacientes con diagnóstico de psicosis, adicciones duales y neurosis graves. Luego, lo hicimos extensivo a la población que demanda asistencia en los consultorios del programa ADIM (Asistencia, Desarrollo e Investigación en Musicoterapia) –la institución que fundamos hace unos años en ambas ciudades-, personas que, en su gran mayoría, son neuróticas.

En el caso del CNRP los pacientes, derivados por sus psiquiatras tratantes, son admitidos, luego de una entrevista inicial con el psiquiatra de la institución, en un grupo llamado "de evaluación", en el que permanecen por un tiempo aproximado de tres meses, durante los cuales asisten tres veces por semana por espacio de cinco horas cada vez, para participar de distintas actividades grupales (Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Expresión Corporal, Musicoterapia). Durante ese tiempo, se realizan entrevistas familiares con un Asistente Social, y se les realiza un psicodiagnóstico. El objetivo en esta "etapa de evaluación", es justamente ese: evaluarlo, conocerlo, calibrar su capacidad de adaptación a la propuesta única institucional, y formular objetivos para su tratamiento, si es que el equipo de profesionales decide que está en condiciones de comenzar un proceso de rehabilitación. En ese caso, luego de ser evaluado pasa a integrar uno de los grupos de la llamada "etapa intermedia", en la cual permanecerá por un periodo de dos a tres años aproximadamente, y durante la cual realizará su proceso de rehabilitación.

Si bien Musicoterapia funciona como actividad continente necesaria para la adaptación del paciente a la institución, como también lo hacen algunas otras actividades

grupales, observamos que, desde nuestra disciplina podemos hacer aportes específicos que enriquecen y amplían la visión que el equipo tiene del paciente.

En la Comunidad Terapéutica Vicente López, la modalidad es que los mismos ingresen al programa asistencial luego de algunas entrevistas de admisión, y la evaluación se va realizando desde cada disciplina en el devenir de la vida institucional. Esto es posible porque se trata de un grupo único, en el cual no hay una rotación permanente de pacientes. Son más los períodos de estabilidad en cuanto a la constitución grupal, lo que permite visualizar con claridad las posibilidades de inserción de un nuevo paciente. De todos modos, se nos hace muy claro que aun en modalidades institucionales tan diferentes, desde la Musicoterapia es indispensable disponer de herramientas de evaluación diagnóstica para considerar si alguien puede ser beneficiado con lo que cada institución puede ofrecerle. En el caso de los tratamientos ambulatorios de musicoterapia, no contar con herramientas de evaluación diagnóstica puede ser el camino que lleve a la iatrogenia, ya que es el musicoterapeuta quien asume toda la responsabilidad profesional de tratamiento, al conducir el mismo. En función de esto, debe tener muy en claro cuáles son las posibilidades asistenciales que su encuadre puede contener, y debe contar indispensablemente con herramientas de evaluación diagnóstica, de prescripción, de evaluación del proceso y criterios de alta. También debe saber, si el encuadre resultara insuficiente, cuál podría ser el tratamiento más adecuado a indicar, y qué tipo de profesional o institución derivar.

Nosotros nos formamos, allá y entonces, con el concepto de que nuestra función como Musicoterapeutas se limitaba a "abrir canales de comunicación", a través de los cuales las personas pudiesen tener un mejor acceso a otro tipo de terapias, sobre todo verbales. Nuestro tránsito por distintos modelos y corrientes de pensamiento teórico musicoterapéutico, nos dejó muy en claro que los Musicoterapeutas podíamos dar una visión específica del paciente que ningún otro profesional podía dar. Luego, en el Método Plurimodal fuimos recogiendo y sintetizando los procedimientos que nos han parecido más eficaces para poder generar nuestras propias herramientas que deriven en la formulación de un protocolo de valoración.

Breve introducción al Método Plurimodal

La Musicoterapia como cuerpo disciplinario se sostiene sobre diferentes pilares que se interrelacionan para configurar su trama actual. Cada uno de ellos está constituido como un trípode, donde sus componentes a la vez se vinculan indisolublemente, tal como lo podemos apreciar en el gráfico siguiente:



Vemos que uno de estos triángulos está por constituido por: a) Teoría de Sujeto b) teoría musicoterapéutica y c) lógicas de intervención. Es en este en el cual nos centramos para hacer una breve referencia acerca del Método Plurimodal.

El mismo comenzó a configurarse durante la década del 90, y hacia fines de la misma se constituyó como tal. Su denominación alude a dos dimensiones, una teórica y otra práctica. Con respecto a la dimensión teórica, es plurimodal por no estar inscripto de manera indisoluble dentro de ninguno de los denominados modelos teóricos musicoterapéuticos, tomando conceptos de pensadores de distintas corrientes que nos resultan valiosos y útiles.

Podemos decir entonces que el método plurimodal comparte primordialmente con el Modelo de Musicoterapia Analítica (MMA)- que generó Mary Priestley, y que han continuado colegas como Inge Pedersen, Mechtilde Langenberg, Jochannes Eschen, Susan Hadley y tantos otros prestigiosos musicoterapeutas - la teoría de sujeto que lo sustenta, gran parte de su teoría musicoterapéutica, y se diferencia más en los ejes de acción que privilegia para sus intervenciones. Cabe aclarar que rescatamos también algunos conceptos de otros modelos y corrientes de pensamiento teórico musicoterapéutico, que nos parecen sumamente valiosos y nos han permitido ampliar nuestra comprensión acerca del fenómeno musicoterapéutico. En un apretado resumen de los fundamentos teóricos del Método Plurimodal, se podría decir que el mismo:

- toma en cuenta la noción de inconciente
- considera que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro
- adhiera a la idea de matriz sonora del inconciente
- considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico

- e. concibe el concepto de transferencia musicoterapéutica, que tiene características diferentes a la transferencia en términos psicoanalíticos.
- f. adhiere al concepto de contratransferencia musical
- g. toma en cuenta al encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos.
- h. adhiere al concepto de "analogía", propuesto por H. Smeijsters

En su dimensión práctica, su denominación se sostiene en el desarrollo sobre cuatro ejes de acción, que se van entrecruzando permanentemente en el devenir de los procesos musicoterapéuticos. Es decir que no es sólo Musicoterapia improvisacional, ni es sólo Musicoterapia que trabaje con imaginaria musical o sobre las diferentes formas de utilizar las canciones sino un permanente entrecruzamiento de sus ejes de acción, que pueden privilegiarse o no considerarse de acuerdo a la población con la que se trabaje, o al momento del proceso musicoterapéutico por el que esté atravesando un paciente o un grupo de pacientes. El Método Plurimodal desarrolla actualmente cuatro ejes de acción:

1. La Improvisación musical terapéutica
2. El trabajo con canciones
3. La técnica de EISS (Estimulación de Imágenes y sensaciones a través del sonido)
4. El uso selectivo de la música editada

Todo paciente que realiza un proceso de Musicoterapia en el marco del Método Plurimodal (MP) es considerado como un sujeto, un individuo con su propia realidad psicofísica, cuyos padecimientos son únicos. Al mismo tiempo, ese sujeto se nos presenta con sus propios Modos Comunicacionales no Verbales (MCnoV), y es tarea del Musicoterapeuta poder conocerlos, preservándolos y respetando su identidad cultural. Ya tendrá tiempo el paciente de revisar sus MCnoV durante el proceso musicoterapéutico, y de analizar en qué medida le sirven para comunicarse y establecer vínculos fluidos con otros, o bien en qué medida están al servicio de preservar su malestar.

Las lógicas de intervención en el MP se han desarrollado considerando que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro. Esto significa que en cada técnica propuesta, en cada sesión, no sólo se tiene en cuenta lo que se observa, sino que se considera que eso que sucede está condicionado no sólo por el presente del paciente sino por los elementos de su historia que se activan en ese instante, y por las expectativas y/o consecuencias que eso que está aconteciendo le podrían acarrear.

En función de eso, las sesiones en el MP no son programadas sino abiertas, y las propuestas que surjan tendrán que ver:

- a. con el análisis del proceso que previamente ha realizado el Musicoterapeuta;
- b. con el "material" que aporte el paciente al iniciarse la sesión,
- c. con los materiales con los que el Musicoterapeuta cuente en el momento de la sesión (encuadre),
- d. con el análisis "in situ" que el Musicoterapeuta realiza durante la sesión

La necesidad de valorar

Como señala la investigadora y musicoterapeuta clínica Joanne Loewy (2000, citada por Scheiby 2002) "Lo esencial y fundamental para la formulación de un plan de tratamiento es un protocolo de valoración, que provea un formato para introducir temáticas o problemáticas, que puedan servir como punto de partida para el futuro curso de la terapia" De alguna manera esto se complementa con lo que señalaba el Dr. Ken Bruscia en las "Conferencias Porteñas", cuando nos decía que "lo que necesitan hacer es desarrollar un protocolo muy específico, y ese protocolo deberá contener una valoración inicial, el tratamiento y una evaluación final. (...) O sea que, al principio, nuestro foco no va a estar puesto en lo que deberíamos hacer, sino en tratar de comprender qué le está pasando al paciente, qué está sintiendo, qué y cómo está pensando, cuál es su historia de vida, por qué y cómo llegó a su situación actual." Alude a distintos momentos del proceso que atravesamos con el paciente. En función de esta presentación, estamos focalizando en la valoración inicial, lo que Bruscia llamaría "primera etapa del assessment", que es la que realizamos cuando recién conocemos al paciente.

Nos propusimos entonces, empezar a trabajar en el diseño de un protocolo de evaluación de los pacientes con 3 objetivos principales:

- Crear una herramienta que sea facilitadora y ordenadora de la escucha MT.
- Hacer aportes específicos desde la Musicoterapia al equipo interdisciplinario, que enriquezcan la concepción que éste pueda construir acerca el paciente.
- Delinear objetivos específicos y estrategias de tratamiento musicoterapéutico, en relación a ese paciente.

Obviamente elegimos instrumentarlo desde el Método Plurimodal. En este momento, estamos en la finalización de su diseño y el comienzo de su aplicación, razón por la cual todavía no podemos ofrecerles información acerca de sus resultados. Lo que sí podemos compartir es el procedimiento de valoración diagnóstica que hasta ahora implementamos en nuestro método.

La valoración del "assessment"

El intercambio directo que pudimos tener con Ken Bruscia, nos permitió generar espacios de discusión en torno a este concepto. "Assessment" es una palabra que, si bien tiene muchas acepciones en el lenguaje vulgar, no tiene en español una concepción específica en el lenguaje técnico de la salud. Luego de mucho buscar una traducción adecuada, llegamos a la conclusión de que el término "valoración" que proponemos, es el que más se acerca al concepto de "assessment", que Bruscia definió como "Es el proceso dirigido a obtener insights o comprensión acerca del paciente como ser humano, sus condiciones de vida, sus problemas, sus potenciales y recursos para poder, después, comprender cuáles son sus necesidades terapéuticas."

Desde una concepción musicoterapéutica, este proceso está basado en cómo el paciente se relaciona con la música. "Analizamos su universo musical, -añade Bruscia- como forma de comprender sus otros universos." El despliegue de su desempeño en el hacer significativo en la sesión, de su sonoridad, de sus McnoV en el microcosmos de una improvisación, es la síntesis expresiva del macrocosmos de su "música interior", y de su universo relacional.

Si bien es bueno que podamos hacerlo, acordamos con Bruscia que no nos corresponde evaluar al paciente desde una perspectiva psicológica, o dictaminar si la medicación que recibe esta bien o no. Nuestra disciplina se centra en lo que hace con la música, y en cómo sus dificultades se ven reflejadas en ella. O sea que lo que vamos a hacer es estudiar y analizar la música del paciente y hacer inferencias acerca de él basadas en la música. Esta idea está estrechamente vinculada con el concepto de analogía específica musicoterapéutica que muy claramente describe Henk Smeijsters, cuando señala "el hecho de que elementos musicales como melodía, pulso, ritmo, tempo, dinámica, timbre, forma musical e interacción musical son un equivalente simbólico del acontecer no-musical" (Smeijsters 1999). Dicho con otras palabras, los procesos musicales en Musicoterapia son análogos a los procesos psíquicos, por lo que estos pueden modificarse operando sobre el acontecer musical en sesión. Esta idea podría reconfirmarse a través de estudios muy recientes en el campo de la neuropsicología, que trabajan sobre la idea de la existencia de un cerebro musical con un posible funcionamiento paralelo al cerebro tal como lo concebimos hasta hoy.

¿Cómo hacemos la valoración individual de un paciente?

Si bien en las instituciones lo más habitual es realizar valoraciones diagnósticas dentro de un contexto grupal, es posible que haya instancias institucionales- como pueden ser los consultorios externos- en los que se necesite determinar si una persona podrá hacer o no un tratamiento individual de Musicoterapia. De más está decir que este es el tipo de valoración más común en los consultorios privados. Desde el MP, la valoración la realizamos privilegiando tres de sus ejes de acción: Improvisaciones Musicales terapéuticas, el trabajo con canciones y el uso selectivo de la música editada.

En el caso de la valoración individual en grupo, en el protocolo que estamos desarrollando, apuntamos a hacer un recorte individual dentro de lo grupal, considerando simultáneamente las posibilidades de inserción en el grupo de la persona valorada. En el primero de los casos, como ya señalamos, utilizamos principalmente tres ejes de acción del MP, y en la segunda instancia, rescatamos como herramienta de lectura el perfil de autonomía de los IAPs de Bruscia. Si bien desde las psicoterapias grupales puede haber herramientas de lectura de las dinámicas de pequeños grupos más completas en términos psicológicos, nos parece apropiado tomar este perfil ya que no sólo es un concepto que forma parte del universo teórico de la Musicoterapia, que distintas corrientes teóricas pueden tomar, sino porque incorpora la dimensión musical y, como dijimos antes, solo una herramienta musicoterapéutica puede evaluar terapéuticamente lo que pasa en la música.

Una de las primeras tareas con el paciente es comenzar a conocer sus MCnoV. Denominamos Modos comunicacionales no verbales a todas aquellas pautas culturales y códigos de comunicación que caracterizan a un grupo sociolingüístico determinado. Contienen los ingredientes cualitativos de nuestros actos comunicativos, como formas abstractas, expresadas a través de nuestros sentidos. Constituyen el modelo de la personalidad expresiva del paciente, en su dimensión verbal, gestual, sonora y corporal. En esta aprehensión de los MCnoV, nuestro instrumento primordial es la escucha. Como se señala en el libro "Musicoterapia: Facetas de lo inefable", de Diego Schapira, "La escucha del musicoterapeuta es distinta de la del psicólogo, de la del psiquiatra, de la del psicoanalista. Es un rasgo distintivo de la profesión más allá de la línea teórica musicoterapéutica que sostenga el ejercicio profesional de cada colega. Frente a la misma situación, el musicoterapeuta escucha algo diferente de lo que pueden escuchar los otros miembros del equipo interdisciplinario.

Escuchamos la voz, pero también escuchamos lo que vuela en la voz. Escuchamos lo que se dice. Escuchamos lo que suena. Escuchamos lo que no se dice, y a partir de eso, y del soporte teórico se implementarán los recursos, se aplicarán métodos y técnicas, se desarrollarán los procesos musicoterapéuticos. Si bien hay un análisis permanente del proceso grupal, y del proceso personal de cada paciente en Musicoterapia, en el MP las intervenciones y la elección de recursos se dan tanto a través de una elaboración que surge de la observación in situ como del desarrollo de la denominada "escucha afectivo intuitiva". "La escucha afectivo intuitiva está sostenida por el desarrollo de la escucha abierta y de la escucha semántica. Escucha abierta que intenta vincular de manera libre los aspectos sonoros percibidos y las imágenes que estos evocan; escucha semántica que incluye la percepción de sentimientos, metáforas, asociaciones y memorias". (según H Bonny, citada por LR Mendes Barcellos)

Qué información y cómo obtenerla?

Cualquier valoración que se precie de completa requiere de la anamnesis, de la historia clínica, de la historia sonora. Esto es lo que corrientemente se toma como

primera valoración diagnóstica en Musicoterapia. Desde el MP consideramos que esta recolección de datos es insuficiente para hacer una valoración adecuada. Se estaría perdiendo la consideración de las posibilidades activas y receptivas del paciente en el encuadre Musicoterapéutico, y además no podríamos escuchar la relación del paciente con la música. Es por eso que esta valoración, tal como la concebimos nosotros no se hace en una o dos entrevistas, sino que forma parte de una posible primera etapa de un proceso musicoterapéutico.

Los musicoterapeutas no podemos contentarnos con una recolección de datos escrita, que puede ser realizada eventualmente por cualquier persona. Consideramos indispensable valorar la experiencia musical del paciente en el encuadre y las relaciones que pueden surgir a partir de estas.

Cuando nos referimos a la combinación de experiencias activas y receptivas estamos haciendo alusión a la implementación de recursos que nos revelen aquello que el paciente nos dice haciendo música. Para ello, proponemos experiencias musicales estructuradas y no estructuradas en las que participa el paciente, y evitamos testificaciones exclusivamente auditivas o sólo expresivas. Bruscia destaca la importancia de la combinación de experiencias activas y receptivas. "qué nos dice un paciente haciendo música".- señala -. "La mayoría de las personas tiene una relación con la música basada en la escucha, en la audición. Si no tenemos en cuenta ese aspecto y basamos nuestra práctica sólo en el hacer musical, estamos ignorando una parte importante de toda la relación que las personas tienen con la música." (Bruscia, "Conferencias porteñas".2001)

Por otro lado, y más allá de que la mayoría de nuestros pacientes no tienen una formación musical (salvo en el caso de Musicoterapia para Músicos), el setting instrumental que se ofrece facilita un hacer significativo y permite vislumbrar aquello que Bruscia llamó "orígenes musicales", es decir, la posible relación entre las capacidades musicales de un individuo y la etapa del desarrollo en las que puede residir el núcleo de su patología.

Bruscia sostiene que "Todas las personas tienen una relación particular con la música, y que la naturaleza de esa relación es un reflejo total de cómo esa persona se relaciona con el mundo.(...) Todos venimos al mundo como músicos. Profundizando esta idea, cualquier persona que se desarrolla normalmente, también se desarrolla musicalmente, inclusive si no tiene entrenamiento, ni recibe ningún tipo de instrucción o lección musical. Hay algunas capacidades musicales básicas que todos desarrollamos normalmente, a no ser que algo ande mal, o que haya algún problema en el desarrollo." La comunicación entre madre e hijo está caracterizada por un "campo musical", como ha denominado Daniel Stern a los aspectos de esta situación vincular en la cual el ritmo, la melodía, el tempo, la dinámica y el timbre son parámetros importantes.¿por qué algunas personas no pueden mantener un ritmo, o entonar una melodía, si todos hablamos con un ritmo y usamos las fluctuaciones de nuestra voz.?

En la valoración inicial se consideran también las posibilidades de generar una alianza de trabajo tanto de parte del paciente como del musicoterapeuta con ese paciente, y además se valora cómo se va construyendo la relación transferencial.

Observación y recolección de datos:

Mediante la implementación del abanico de recursos y procedimientos que plantean los diferentes ejes del MPM, vamos obteniendo información, que procesamos para realizar la valoración inicial. En esta recolección y procesamiento de datos, consideramos las categorías de información identificadas en la música y descritas por Benedikte Scheiby en el libro "Analytical Music Therapy" (editado por Johannes Eschen, 2002, y que no incluimos en estas páginas por su extensión) Con respecto a la información que indagamos en esta etapa de un proceso intentamos obtener distinto tipo de información de cada eje de acción:

De la Improvisación Musical Terapéutica:

En la improvisación se revelan los McnoV del paciente, su estilo, sus maneras de vincularse, sus formas de expresarse. El microcosmos de una improvisación puede implicar la visión del macrocosmos relacional de un individuo. Improvisar en musicoterapia, significa la formulación de estructuras musicales que revelan aspectos del universo intrapersonal del paciente, a partir de la generación emergente de sus contenidos intramusicales; sumándose la dimensión interpersonal a partir de los contenidos intermusicales entre éste y sus compañeros, o entre éste y su Musicoterapeuta. Una de las diferencias básicas entre la improvisación en la música, y la improvisación en la musicoterapia, radica en que es esta última no se persigue la formulación de elementos musicales con fines estéticos, sino la revelación de la estructura de personalidad del paciente, el despliegue de su yo. En ese sentido, carece de la menor importancia el contenido artístico del producto sonoro generado. Lo que importa, una vez más, son lo que el siempre recordado Ronaldo Milleco denominó "musicantes" (significantes musicales) que impregnan la improvisación musical en el contexto musicoterapéutico.

Es quizás en la improvisación dónde más se refleje el mundo interno del paciente. Podemos proponerle distintos tipos de improvisación: referenciales, no referenciales, en dúos, individuales, etc. Por ejemplo, cuando trabajamos con improvisación, observamos además, aspectos no musicales: cuál es su postura corporal, cuál es la expresión de su rostro, qué instrumento elige, cómo lo sostiene, si está tenso., qué pasa con su mirada, y escuchamos para comprender cómo está organizada la música: para eso usamos las IAPs focalizando, en función de la valoración, en los siguientes perfiles: autonomía, integración y saliencia. Los otros no se descartan pero no se ponen en primer plano.

Del trabajo con canciones

"Nadie canta porque si" dice Luiz Milleco, Cuando cantamos la música nos otorga una vía regia para poder decirnos algo a nosotros mismos. Esto, en musicoterapia, le es de suma utilidad al paciente para poder darle forma a sus pensamientos, sentimientos o emociones, y también para poder atisbar sentimientos, emociones e ideas que no pueden asomarse a la conciencia por el sendero de la palabra hablada. Al mismo tiempo, es de utilidad al Musicoterapeuta trabajar con las asociaciones con canciones que el devenir de las sesiones le puedan despertar, como forma de registro contratransferencial. Si bien en el MP consideramos diversas formas de utilización de las canciones de manera terapéutica, en la etapa de valoración diagnóstica privilegiamos el canto conjunto y la exploración de material. Ambas, además, contribuyen a la construcción de una alianza de trabajo y de la relación transferencial.

Las canciones son fieles compañeras que pueden habitarnos cada día. Están desde que existe la memoria. Prácticamente todas las culturas las han creado, y las transmiten de generación en generación. Cuentan historias. Recrean sentimientos. Describen situaciones. Participan de nuestra vida cotidiana y se entrometen en la memoria personal construyendo la historia sonora de cada individuo. Al mismo tiempo, van creando y consolidando el acervo cultural de cada pueblo. La canción es material dual, objeto intermediario, pero sobre todo musicante (significante musical) y debe considerarse como tal.

En este método, hasta ahora usamos las canciones de siete formas básicas. Estas son:

- Creación
- Canto conjunto
- Improvisación
- Inducción evocativa conciente
- Inducción evocativa inconciente
- Exploración de material
- Cuestionario de canciones proyectivas

De la EISS:

La técnica de la Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS) consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñada artesanalmente por un Musicoterapeuta para la situación singular de un paciente o grupo de pacientes, durante el proceso musicoterapéutico. Esta técnica, en la valoración diagnóstica, la utilizamos en un formato reducido ya que se evalúa si aparecen o no imágenes, cual es la perspectiva en la que los pacientes se sitúan, si hay compromiso emocional o afectivo, y cuales son los niveles de profundidad a los que pueden acceder. La reducción en la extensión, obedece el privilegio de la valoración por encima

de los posibles efectos terapéuticos que pudiera tener. De todos modos, nunca se implementa ante la sospecha de un estado alucinatorio o de delirio.

Del uso selectivo de la música editada.

La selección de la música en la clínica musicoterapéutica, como la concebimos desde el método, es un proceso creativo y artesanal. Está basado en ciertos ordenadores objetivos que confieren seriedad y rigurosidad a dicho proceso. Un Musicoterapeuta selecciona música para diferentes momentos de una sesión, y esta elección no es (o no debería ser) azarosa o estandarizada. Para nosotros no existe "la música para situaciones determinadas", sino la música que, en el encuadre terapéutico, se escoge de acuerdo a criterios organizados según tres ejes: Terapeuta, Paciente y Música.

También debemos pensar en la función que cumple la música elegida. EL Método Plurimodal plantea 3 funciones:

La Música consigna: que sostiene, apoya y completa la consigna verbal.

La Música interpretación: que dice, señala, e interpreta, a partir de la lectura transferencial.

La Música asociación: que moviliza a diferentes niveles, posibilitando la asociación de imágenes y sensaciones conectadas con afectos. En la etapa de valoración, el uso de la música editada, tiende también a producir un acercamiento a los MCnV del paciente.

Objetivos de la valoración diagnóstica:

Si bien al comienzo de esta presentación destacamos tres grandes objetivos principales en la valoración, es importante señalar que hay una serie de otros objetivos que pueden cumplirse a partir de la información obtenida. Entre estos podemos mencionar:

- Hacer aportes al diagnóstico del paciente
- Valorar si el paciente está en condiciones de acceder al tratamiento, es decir, si es el momento y el abordaje adecuado para el
- Plantearse objetivos generales para ese paciente y delinear un tratamiento específico de musicoterapia. Esto significa, modelar una estrategia acorde a la singularidad de cada uno.
- Valorar su capacidad de trabajo en grupo
- Valorar qué registro tiene de sí mismo y del otro
- Conocer sus MCnV
- Observar sus posibilidades de acercamiento a los instrumentos
- Observar el uso y trato que les da
- Valorar si es capaz de escuchar y escucharse

- Considerar si es capaz de movilizarse emocional y/o afectivamente
- Percibir si tiene alguna capacidad de insight
- Valorar con qué tipo de imágenes y sensaciones se conecta, si es que se conecta con alguna
- En el caso de escuchar rigideces, determinar cuál es su gradiente
- En la EISS, valorar cuál es el nivel de profundidad al que pueden llegar, prestando particular atención a posibles despliegues afectivos, como a las posibilidades de bucear en su mundo interno.
- Valorar si acceden a la metáfora, a lo simbólico, si pueden metapensarse a partir de la escucha de sus propias producciones.

Una vez, hecha esta valoración inicial estaríamos en condiciones de pasar a la siguiente etapa del tratamiento, que sería la interpretación de los datos y la prescripción o indicación.

1. Interpretar: La interpretación siempre requiere algún tipo de juicio clínico, porque estamos tomando datos musicales, y poniendo sobre ellos significados no musicales. La interpretación de los datos no puede ser musical, y tampoco puede ser psicológica. Nosotros postulamos, más allá inclusive del MP, que la interpretación no puede ser sino musicoterapéutica. Como señaláramos antes, en el Método, tomamos en cuenta las interpretaciones que ofrece Bruscia en el libro "Modelos Improvisacionales en Musicoterapia" y lo que él llama "Orígenes Musicales". También rescatamos algunos postulados teóricos de la Musicoterapia Morfológica (por ej. los 6 factores de la Gestalt vinculados al análisis de las improvisaciones) y del Modelo Nordoff Robbins.

2. Prescribir: A partir de la valoración ya podemos establecer una idea del rumbo que va a tomar el tratamiento del paciente: podemos saber cuales son sus potenciales, sus aspectos más enfermos, qué hacer con él. Podemos perfilar la dirección del tratamiento, y el aporte específico al resto del equipo. Como señala Henk Smeijsters, "un punto de partida importante es que la Musicoterapia sólo da un aporte propio en el proceso terapéutico cuando, al hacer la indicación, se parte de características específicas de la música". Si en la valoración se concluye que esta persona puede ser un paciente de musicoterapia, para ser abordado desde el Método Plurimodal, se diseñará entonces una estrategia de tratamiento que considere no solo qué ejes de acción del MP privilegiar, sino cómo combinarlos, y qué de cada eje tomar en la etapa inicial.

Ejemplos clínicos:

Pese a no contar el lector con la posibilidad de la escucha, nos parece conveniente relatar algunos ejemplos de casos clínicos, donde se pueda ilustrar la forma en que hacemos la valoración inicial.

Ejemplo 1.-Gracias a la vida: Este ejemplo es de una paciente durante lo que el CNRP llama "etapa de evaluación". Tiene 38 años, y un diagnóstico presuntivo de esquizofrenia dado por los médicos psiquiatras y psicólogos. A la misma se le propone que cante la primera canción que aparezca en su mente, y, si lo desea, se acompañe con un instrumento. Elige un xilofón, que percute con un palo con un pulso errático y con una violencia tal que hace saltar las placas, mientras simultáneamente canta "a tempo" el tema "gracias a la vida", de Violeta Parra, con voz dulce, armoniosa y tierna. En la escucha de esta improvisación, es evidente apreciar un gradiente diferenciado en la figura fondo melódica del perfil de integración. Destacamos que, a pesar de que a priori privilegiamos otros perfiles, en este ejemplo nos resulta evidente recurrir al perfil de congruencia, ya que el mismo "señala cuan distantes están las emociones provenientes de la experiencia musical de las experiencias corporales y los pensamientos en uno mismo, y cuan distantes esta una emoción particular de otra. También revela cuan distantes están los pensamientos y emociones del paciente, con respecto a los de otra persona. De este modo, este es el perfil mas relevante para comprender como están fusionados, integrados y diferenciados los pensamientos y emociones del cliente dentro de su espacio musical personal, así como dentro del espacio musical compartido con otros" (Bruscia).

En este caso, resalta el gradiente "Incongruente" entre la figuración melódica y la figuración rítmica y entre el grado de tensión "calmo" en la voz, en la figuración melódica y en el timbre, con respecto a la tensión en grado "tenso" en la línea del xilofón. Si acordamos con Bruscia en que "los componentes rítmicos son considerados comúnmente como manifestación de la energía instintiva. Por tanto, pulso métrica, subdivisiones, esquemas rítmicos y acentos son interpretados como expresiones simbólicas de la cantidad, dirección y flujo de la energía instintiva o pulsión" y aceptamos su postulación de que "la melodía es la expresión de un sentimiento específico. Es el deseo ligado al impulso rítmico, al que reviste. La melodía agrega la dimensión espacial al ritmo y revela dónde se ubican los sentimientos en relación al self. La melodía revela actitudes para con los propios impulsos", podemos decir que este nivel de disociación en la improvisación nos habla de un posible quiebre entre su deseo y su energía vital, y de un posible encubrimiento o represión de un importante monto de agresividad que, si no se canaliza adecuadamente, podría orientarse hacia sí mismo o hacia otros. El ritmo y la melodía se relacionan el uno con el otro a través del fraseo, que en este caso aparece disociado. Este se ocupa del flujo de la energía rítmica junto a la forma del sentimiento de la melodía y la armonía. "Cuando el ritmo y la melodía no están coordinados dentro de la misma frase, las descargas pulsionales no son coherentes con

las emociones en intensidad o dirección" (Bruscia). En el caso de esta persona, con una notoria negación de esta carga de agresividad, de poco puede servirle el señalamiento o interpretación de la misma. Este problema que se observa en la música, puede y resulta efectivo ser tratado en la música.

Ejemplo 2.- Eduardo: esta es una improvisación que forma parte de la valoración diagnóstica. En este caso, es un joven de 27 años, de quien sabemos que es guitarrista, y que aparentemente ha tenido un episodio confusional. En la prosodia de su lenguaje verbal, se escucha la ausencia de silencios, y una línea melódica relativamente monocorde. Se le propone una improvisación instrumental interpersonal paciente - Musicoterapeuta, y como única referencia, se le propone "tocar juntos". El paciente escoge la guitarra y el musicoterapeuta un metalofón y un pandero. En la escucha, se aprecia cómo el paciente, que conoce claramente las posibilidades armónicas del metalofón, desarrolla una melodía en la escala de Mi mayor anulando toda posibilidad de integración o de fusión. Ante esto el musicoterapeuta retoma en el parche la figuración rítmica que venía haciendo la guitarra, y Eduardo pasa a la escala de La menor, permitiendo que haya un breve acercamiento armónico entre la guitarra y el metalofón que entonces retoma el musicoterapeuta. El paciente se mantiene durante toda la improvisación en un rol de líder desde el perfil de autonomía, en una figura -fondo que va de un gradiente sobrediferenciado a diferenciado en el perfil de integración. Además se aprecia un gradiente "tenso" en el perfil de tensión, determinado por una línea melódica que acumula tensión al no buscar reposo en la tónica. Estos datos, no alcanzan para realizar un diagnóstico. Dado que nosotros hablamos de un "proceso de valoración diagnóstica", es necesario realizar la misma a través de varias sesiones. De todos modos, y considerando el saber musical de este paciente, las características que se escuchan en esta improvisación podrían estar indicando la existencia de un trastorno al menos cercano a una estructura psicótica. Una de estas características, muy importante, es la de tocar sin descarga de tensión en la tónica. La línea melódica recorre toda la escala pero no se asienta nunca, ni mitiga su dureza. Tampoco respeta la función que ocupa cada sonido en la escala, ni parece tomar en cuenta la importancia relativa que cada sonido o acorde estipula donde deben dirigirse los sonidos y acordes para reposar. Toda su producción habla de una gran dificultad para relacionarse con otro, y de una realización que conduce a la alineación.

Ejemplo 3.- Esteban: En este caso, se trata también de una improvisación realizada durante la etapa de valoración diagnóstica, más específicamente en la tercera entrevista. Se puede escuchar al paciente en la guitarra y al musicoterapeuta con un pandero. Como es una improvisación indagatoria, que busca, además, la generación de una alianza de trabajo, es interpersonal e instrumental. Como referencia, el musicoterapeuta le señala que hará una base rítmica sobre la que él pueda tocar lo que tenga ganas. Un dato a tener en cuenta es que el paciente elige la guitarra, que es el instrumento que toca desde niño. Del análisis de esta improvisación, se desprende la existencia de una tensión global cíclica generada por ambos, una figura - fondo melódica

integrada en el perfil de integración que acompaña los cambios en la figuración rítmica y en la intensidad propuesta por el parche, y una estabilidad en la línea melódica en el perfil de variabilidad que suele encontrar reposo en la tónica o en los cambios de punteos a "tappings".

Se mantiene durante toda la improvisación en un rol de compañero en el perfil de autonomía. Este dato por sí solo es absolutamente insuficiente para aportar a la valoración diagnóstica. De todos modos es importante su consideración si lo sumamos a la capacidad de adaptación a los cambios que el paciente manifiesta, a la estabilidad de una línea melódica como expresión de aspectos vinculados al deseo y al sostenimiento de un pulso básico, ordenador, separado de una figuración rítmica variable. Puede alejarse y acercarse a un pulso básico, y puede alejarse de un centro tonal para volver a él y reposar brevemente. Además, el acompañamiento de las variaciones en intensidad y en pulso que durante la improvisación propone el musicoterapeuta da cuenta de la existencia de un registro de otras personas, de la capacidad para hacer algo con otro y de un grado de plasticidad que no se encuentra habitualmente en estructuras de tipo psicótica. Por otro lado, si bien se escucha su energía vital fluyendo a través del sonido de la guitarra, también se puede apreciar cierta dificultad para construir una línea melódica claramente reconocible. Más bien son esbozos melódicos que cuando parecen querer armarse derivan en los *tappings* que percuten las cuerdas y obturan el deseo. Al igual que en el ejemplo anterior, una valoración diagnóstica requiere de otras experiencias musicales analizadas. De todos modos, una primera impresión de esta escucha, estaría dando indicios de una estructura de tipo neurótica.

Conclusión:

La valoración diagnóstica que realizan los musicoterapeutas, se hace en la música. Como señala Sjmeisters "Aquello que se crea, el acontecimiento musical (el contenido), surge a través de una interacción de personas (la relación/ vínculo) A través del vínculo surge el producto musical. Incluso se podría decir que el vínculo musical es el producto musical. El hecho de que la interacción entre personas es el producto diferencia a la Musicoterapia de algunas terapias creativas, en las que la expresión artística no es la consecuencia de una interacción personal".

En este trabajo, hemos intentado demostrar cómo podemos hacer una valoración diagnóstica desde la Musicoterapia, a través del MP, con objetivos orientados a la descripción, interpretación y prescripción, que sirva para la valoración de adultos verbales. Si bien acordamos con la necesidad de establecer un protocolo que ordene, facilite y oriente la tarea del Musicoterapeuta, es importante tener siempre presente que aún aplicando procedimientos relativamente estandarizados, dicho protocolo nunca podría llevarse a cabo sin las variaciones necesarias que requiere la singularidad de la persona que se está valorando. Aún, en estos casos, nosotros consideramos que los

procedimientos de valoración diagnóstica requieren de una aplicación artesanal en el sentido estricto de su palabra. Esto estaría demostrando cómo los procedimientos de valoración diagnóstica se inscriben dentro del paradigma cualitativo.

Esperamos que esta tarea que venimos desarrollando con respecto a la valoración diagnóstica pueda servirle a nuestros colegas, tanto como nos sirve a nosotros para intentar ser más eficaces como agentes de salud mental.

Referencia Bibliográfica

Bruscia, Kenneth. *“Reconocer/Descubrir/compartir.. en Musicoterapia”*. Conferencias Porteñas. Ediciones ASAM. 2003.

Bruscia, Kenneth: *Improvisational Models of Music As Therapy*: Springfield, Illinois – Charles C. Thomas, 1987

Bruscia, Kenneth. *The Dynamics Of Music Psychotherapy*. Barcelona Publishers. 1998.

Eschen, Johannes. *Analytical Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. 2002.

Hugo, Mayra; Immediato Elvira, Lodeiro, Marisel; Rodrigo, Patricia; Ripka, Lisa; Viñales Gabriela: *¿Cómo y para qué elegimos? Algunos criterios para la selección musical en Musicoterapia*. Actas del VII Foro Rioplatense de Musicoterapia, Montevideo, ASUM, 2001

Hugo, Mayra; Lodeiro, Marisel. *El Uso selectivo de la Música, eje del método Plurimodal*. Presentado en el I Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Buenos Aires, abril de 2002.

Mendes Barcellos, Lia Rejane: *Musicoterapia: Transferencia, Contratransferencia y Resistencia* - Río de Janeiro, Enelivros, 1999

Milleco Filho, Luiz Antonio; Esmeraldo Brandao, María Regina; Pomponét Milleco, Ronaldo: *E preciso cantar: Musicoterapia, cantos e cancoes* – Río de Janeiro, Enelivros 2001

Schapira, Diego: *Musicoterapia: Facetas de lo inefable*. Río de Janeiro, Enelivros, 2002.-

Sjmeisters, Henk: *Bases de la Musicoterapia*. Alemania 1999

Wigram, Tony; Pedersen Nygaard, Inge; Ole Bonde, Lars: *A comprehensive guide to Music Therapy: Theory, clinical practice, research and training*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2002