

VOCES CON TRAQUEOTOMÍA: EXPERIENCIA PROFESIONAL REFLEXIVA EN MUSICOTERAPIA CON MULTIDISCAPACIDADES EN UN CENTRO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

Vozes com traqueotomia: Experiência Profissional Reflexiva em Musicoterapia com deficiência múltipla em um Centro Educacional-Terapêutico

Voices with tracheotomy: Reflexive Professional Experience in Music Therapy with multiple disabilities in an Educational-Therapeutic Center

Graciela I. Broqua¹

Resumen Infantes y adolescentes con multidiscapacidades asisten por indicación médica a Centros Educativo-Terapéuticos - CET en reemplazo de escuelas especiales, debido a la complejidad de sus cuadros. Muchos poseen Necesidades Complejas de Comunicación y traqueotomías. Los espacios de música están a cargo de musicoterapeutas en encuentros grupales e individuales. En este Informe de Experiencia Profesional Reflexiva en Musicoterapia se presenta la experiencia en un CET de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Como la traqueotomía afecta la posibilidad de fonar, el trabajo vocal se transforma según las posibilidades de cada niño, niña o adolescente. Desarrollo: La voz se orienta a optimizar la comunicación. Se generaron exploraciones lúdicas e improvisaciones sonoras durante las cuales niños, niñas y adolescentes descubrían sonidos orales que podían producir. Resultados y discusión: Se recuperaron sonidos orales que lograban producir aunque no fueran fonados. La risa generó un efecto estimulante motivándolos a generar respuestas con su voz. Los sonidos que producían fueron significándose a lo largo de las semanas. Conclusión: La comunicación resultante posee características no verbales y los sonidos no-fonados producidos pueden incorporarse al repertorio comunicativo. Se plantea la posibilidad de que los musicoterapeutas y otros profesionales puedan iniciar tratamientos sin emplear su propio lenguaje verbal cuando la población con la que trabajan no puede decodificarlo.

Palabras claves: trastornos de la voz, musicoterapia, multidiscapacidad, experiencia profesional reflexiva.

Resumo - Crianças e adolescentes com deficiência múltipla frequentam os Centros Educacionais -Terapêuticos - CET por indicação médica para substituir as escolas especiais, devido à complexidade de suas condições. Muitos têm Necessidades Complexas de Comunicação e traqueotomias. Os espaços de música são administrados por musicoterapeutas em sessões em grupo e individuais. Neste Relato de Experiência Profissional Reflexiva em Musicoterapia apresenta-se a experiência em um CET da província de Buenos Aires, Argentina. Como a traqueostomia afeta a capacidade de fonação, o trabalho vocal se transforma de acordo com as possibilidades de cada criança ou adolescente. Desenvolvimento: A voz visa otimizar a

1 Musicoterapeuta, Universidad de Buenos Aires. Prof. Em Docencia Superior en Musicoterapia, Universidad Tecnológica Nacional. Bs As. Argentina. Maestranda em Tecnologia Educativa (UAI). broquagraciela@psi.uba.ar

comunicação. Foram geradas explorações lúdicas e improvisações sonoras durante as quais crianças e adolescentes descobriram sons orais que podiam produzir. Resultados e discussão: Foram recuperados sons orais que eram capazes de produzir mesmo que não fossem fonados. O riso gerou um efeito estimulante, motivando-os a gerar respostas com a voz. Os sons que produziram tornaram-se mais significativos ao longo das semanas. Conclusão: A comunicação resultante possui características não verbais e os sons não fonados produzidos podem ser incorporados ao repertório comunicativo. Levanta-se a possibilidade de que musicoterapeutas e outros profissionais possam iniciar tratamentos sem usar sua própria linguagem verbal quando a população com a qual trabalham não consegue decodificá-la.

Palavras-chave: distúrbios da voz; musicoterapia; multideficiência; experiência profissional reflexiva.

Abstract - Children and adolescents with multiple disabilities attend Educational-Therapeutic Centers - ETC instead of special schools due to medical indication owing to the complexity of their conditions. Many have Complex Communication Needs and tracheotomies. The Music spaces are in charge of musictherapists both in group and individual meetings. This Reflexive Professional Experience Report in Music Therapy happens in a ETC Institution 1. Since the tracheotomy affects the ability to phonate, vocal work is transformed according to the possibilities of each child or adolescent. Methods: Voices aimed at optimizing communication. Playful exploration and sound improvisation were generated during which children and adolescents were able to discover oral sounds that they could produce. Results: Oral sounds that were able to produce even if they were not phonated were recovered. The laughter generated a stimulating effect, motivating them to generate responses with their voice. The sounds they produced became more significant over the weeks. Discussion: The resulting communication has non-verbal characteristics and the non-phonated sounds produced can be incorporated into the communicative repertoire. The possibility is raised that musictherapists and other professionals can initiate treatments without using their own verbal language when the population they work with cannot decode it.

Key words: voice disorders, music therapy, multiple disabilities, reflective professional experience.

1. Introducción

El presente texto relata una experiencia profesional desarrollada en un Centro Educativo Terapéutico de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Los Centros Educativos Terapéuticos (CET) son espacios de encuentros sociales, pedagógicos y terapéuticos donde asisten infantes y adolescentes en edad escolar que por sus características no podrían asistir a escuelas comunes ni escuelas especiales ya que requieren un cuidado específico que involucra la atención de la salud. En lugar de depender administrativa y pedagógicamente del Ministerio de Educación, responden y son regulados por el Ministerio de Salud. Los CET incluyen entre sus actividades llevadas a cabo de lunes a viernes, espacios de terapias grupales e individuales según la necesidad de cada asistente. En esta institución los grupos se definen a comienzo de cada año dependiendo de características varias como la proximidad en la edad, las posibilidades comunicativas, las necesidades, los recorridos atravesados, etc. Suelen incorporar entre cinco y siete integrantes cada grupo. Los contenidos de aprendizaje de los CET no son lineamientos curriculares predeterminados desde fuera de la institución sino que son definidos en cada grupo por los equipos de profesionales que los atienden. En este CET que presentamos el trabajo se realiza en equipo interdisciplinario y se entiende por equipo todo el plantel, docentes y demás profesionales que atienden a un mismo infante o adolescente. Ese equipo evalúa los objetivos más adecuados para cada año para cada asistente en virtud de sus logros, sus aprendizajes, sus posibilidades, estado de salud, cirugías próximas, etc.

En este contexto asisten infantes y adolescentes con diversidades funcionales múltiples, también conocidos como multidiscapacidades, discapacidades múltiples o pluridiscapacidades. La característica que define a esta población es la superposición de dificultades que hacen que al mismo tiempo encuentren barreras en áreas combinadas, ya sean motrices, cognitivas, lingüísticas, sensoriales, emocionales o conductuales. Estas se combinan y ya sea por el grado de compromiso que presentan o bien por la cantidad de áreas afectadas, generan complicaciones más allá de lo habitual. Por esta razón también son llamados sujetos con retos múltiples, debido al gran desafío que involucra su atención para los profesionales y docentes (Broqua, 2020).

Esta población en particular posee también Necesidades Complejas de Comunicación (NCC) sin lenguaje verbal expresivo. Con NCC nos referimos a dificultades variadas en la comprensión o la expresión que dan como resultado una comunicación poco funcional (Broqua, 2022). Por lo tanto, cuando hablamos de la voz, no hablamos de la palabra, ni hablada ni cantada, sino de sonidos no verbales.

Toda la población de este centro presenta necesidades educativas especiales. Aquí la música y el aprendizaje no se emplean con los formatos de Educación Musical Especial ni de Educación Musical Inclusiva, sino de Musicoterapia (Del Barrio *et al.*, 2019). Esta distinción entre Educación Musical Especial y Musicoterapia en ámbitos educativos suele generar confusiones respecto al espacio y a los profesionales a cargo, profesores de Música en el primer caso, musicoterapeutas en el segundo (Ribeiro Cil y Gomes Liduenha Gonçalves, 2018). Hablar de Musicoterapia en el CET significa emplear la música y los sonidos para mejorar los aprendizajes de la población (aunque esos aprendizajes probablemente no sean contenidos de la asignatura Música), promover su salud y su comunicación. La musicoterapia aparece en este marco de dos maneras. En los grupos del CET se ofrece una sesión semanal grupal de 45 minutos a cada grupo. Y según lo que cada equipo de profesionales haya decidido en conjunto, algunos asistentes tienen, además otra sesión semanal de 45 minutos de musicoterapia individual en la que se trabajan objetivos específicos que no pueden ser logrados en grupo y que posiblemente no se vinculen a lo pedagógico sino más hacia la rehabilitación.

En los grupos puede haber infantes o adolescentes con traqueotomías incluidos. Es decir, que no son separados de otros por esta situación. Generalmente quienes poseen traqueotomías son derivados a musicoterapia individual además del espacio grupal, recibiendo dos estímulos semanales de 45 minutos pero cada uno de ellos en encuadres disímiles. El requerimiento institucional es que los asistentes con traqueotomías concurren con un acompañante o enfermero que pueda asistir inmediatamente cualquier dificultad que pueda surgir de la vía aérea.

Más allá de los objetivos de trabajo planteados para cada grupo, que no haremos mención aquí, para cada asistente con traqueotomía se adjuntaron objetivos específicos. Los siguientes objetivos fueron planteados en musicoterapia tanto individual como grupal para infantes y adolescentes con traqueotomías en el CET.

Objetivo general, favorecer el aumento del repertorio de sonidos orales fonados y no fonados de cada sujeto en función de la comunicación; Objetivos específicos: motivar la exploración de sonidos con la voz (si fuera posible) o con el sistema articulatorio sin fonación; involucrar a cada asistente con traqueotomías en discursos sonoros con otros empleando sonidos orales no-verbales fonados o no; resignificar esos sonidos ampliando sus posibilidades comunicativas. Veámoslo en detalle.

2. Desarrollo

2.1 La traqueotomía y la voz

Se denomina traqueotomía o traqueostomía a una abertura realizada quirúrgicamente en la tráquea y la piel bajo el cuello, para generar una vía aérea. La finalidad de esta cirugía es lograr un ingreso y salida de aire seguro cuando las vías superiores corren algún riesgo ya sea por obstrucción, aspiraciones a repetición, anomalías congénitas, etc. (Pardo Romero *et al.*, 2004).

Al ser abierta la tráquea, el flujo de aire ingresa y egresa por la traqueostomía sin atravesar las cuerdas vocales. Por esto, la persona con traqueostomía encuentra una barrera para fonar. Sin embargo, esta dificultad no se extiende al sistema articulatorio, por lo cual, a pesar de no emitir voz fonada, el sujeto puede realizar sonidos con la boca, lengua y labios que no dependen del flujo de aire. La voz con la traqueotomía podría lograrse si se obtura durante breves intervalos el egreso de aire para permitir su paso por las cuerdas vocales. Quienes poseen un adecuado manejo de la motricidad de sus miembros superiores (MMSS) pueden tapar con su mano o un pañuelo el orificio y durante ese momento emitir la voz. Pero esto no es posible en esta población, no sólo por la falta de control motriz voluntario en MMSS sino por sus dificultades cognitivas y sus NCC. Estos infantes y adolescentes no podrían comprender la mecánica de funcionamiento de esta coordinación de movimientos ni entender indicaciones verbales que les ayuden a lograrlas (Broqua, 2022).

Cuando esto no es posible se pueden pensar en conseguir la accesibilidad a la fonación utilizando un producto de apoyo de media Tecnología Asistiva para favorecer la fonación (Broqua, 2022). La válvula de fonación o de habla es un elemento que se

coloca en la desembocadura de la cánula externa o al borde externo de la traqueotomía, según su formato. Su función es permitir el paso del flujo de aire de la espiración por las cuerdas vocales permitiendo la producción de voz. Si bien hay diversos tipos de válvulas de fonación todas ellas coinciden en permitir el ingreso de aire por el orificio quirúrgico pero ocluir el egreso de aire por la traqueotomía durante la espiración mediante una membrana o una esfera móvil (Delprado Aguirre *et al.*, 2021).

Pero no todas las personas con traqueotomías pueden emplear válvulas de fonación. Su uso está absolutamente contraindicado en varios casos. Por ejemplo, con quienes generan constantes secreciones, razón por la cual las mucosidades y fluidos podrían acumularse en la válvula impidiendo el ingreso de aire durante la inspiración. O con quienes poseen alto riesgo de aspirar las secreciones propias, ya sea por falta de reflejo tusígeno (tos) o deglutorio (posibilidad de tragar). En algunos casos las válvulas de fonación pueden ser adaptadas por un equipo de profesionales para ciertos pacientes (Delprado Aguirre *et al.*, 2021). Y en otros casos, directamente no es posible su utilización. La población a la que nos referimos aquí no tiene indicación de uso de válvula de fonación dentro del CET. Un adolescente posee una y la emplea esporádicamente en su domicilio con control de sus padres y en fonoaudiología y musicoterapia individuales, pero no la trae a la institución para trabajar en grupo.

La traqueostomía suele generar inconvenientes, más aún en infantes. Exige un gran cuidado para evitar alguna complicación posterior (Pardo Romero *et al.*, 2004). Si bien muchas traqueotomías son provisorias, en la población que describimos han sido permanentes hasta el momento. Estos niños, niñas y adolescentes concurren con un filtro calzado en la cánula de la traqueotomía, el cual debe ser cuidado, debe evitarse su roce, si se cayera debe desecharse y cambiarse por uno nuevo, entre otras indicaciones. Por esto la institución solicita un enfermero acompañante de cada asistente con traqueotomía. Estos enfermeros deben asistir con equipamiento para resolver estas situaciones, traer filtros nuevos, gasas para la higiene de la zona, aspirador, etc. Por ejemplo, en casos en que haya mucha secreción, el acompañante puede ser llamado para aspirar la cánula y asegurar una ventilación segura.

La complejidad de la población con diversidad funcional múltiple supone circunstancias muy diferentes en las que se combinan factores cognitivos, emocionales, motrices y comunicativos. Así, se viven situaciones como que un asistente intente

sacarse su propia cánula o quitar la de otro compañero que se encuentre a corta distancia. O que un niño o niña sostenga posturas en las que su cabeza cae, por la falta de control cefálico, y constantemente se salga el filtro de su traqueotomía o se obstruya con su propio cuello flexionado. En estas circunstancias la palabra no es funcional, la explicación sobre la importancia de no hacer algo es imposible de ser comprendida y la atención del profesional debe ser mayor.

2.2 Aprender con la voz... o no

Cada asistente encuentra a través de su propia multidiscapacidad posibilidades y barreras específicas. Los aprendizajes y los avances terapéuticos van de la mano, muchas veces confundiendo entre sí, buscando una mejor calidad de vida. Las músicas elegidas e improvisadas generan emociones que son las impulsoras de las acciones de cada sujeto.

En su día a día encuentran necesidades básicas que para ellos son indispensables de aprender. Comunicarse; entender lo que otros hablan; controlar esfínteres; pedir agua o comida, o comunicar un dolor pasan a ser cuestiones prioritarias. La función de la voz se vuelve imprescindible, tanto su rol expresivo como comunicativo y generar voluntariamente diversos sonidos representa la gran diferencia entre darse a entender o no. Por lo tanto, ampliar las posibilidades de expresión vocal no-verbal se vuelve uno de los primeros objetivos.

Pero ¿por qué la voz sería su principal vía comunicativa? ¿Acaso no hay otros sistemas comunicativos más adecuados para estos casos? Sí, hay otros sistemas. Encontramos la lengua de señas, que supone una precisa movilidad de MMSS y ciertos recursos cognitivos que permitan la memorización de todo un código. Existe el alfabeto Braille, que supone habilidad motriz fina en MMSS y posibilidades cognitivas similares a las de la adquisición de la lectoescritura. Como ya mencionamos, esta población no cuenta con los recursos necesarios para adquirirlos.

El sistema de signos llamado Comunicación Alternativa Aumentativa (CAA) es un recurso de Tecnología Asistiva que supone la construcción de un sistema de comunicación basado en signos visuales (imágenes) o táctiles (objetos en miniatura o partes de objetos). Con este sistema se construyen *displays* con ciertas imágenes o

miniaturas para que el usuario elija mirando o tocando, lo que desea comunicar (Broqua, 2022). Esto supone que al momento de comunicar cada infante o adolescente cuente con su carpeta o cuaderno con imágenes, su dispositivo electrónico o lo que emplee para comunicar al alcance de la mano. Pero en el día a día no siempre se tienen los productos de apoyo cerca y la comunicación pierde espontaneidad por practicidad.

Otro elemento a tener en cuenta es que la voz y los sonidos generados con el sistema articulatorio reflejan características físicas de quien la produce. Estas cualidades permiten describir a cada sujeto y diferenciarlo de otros con otras voces y otros sonidos propios. Entonces la voz se transforma en vehículo de identidad en la expresión, una vía de identificación. Por esto, no es lo mismo expresarse con imágenes, miniaturas o con instrumentos musicales, que hacerlo con la voz. El instrumento podría sonar igual si fuera ejecutado por diferentes personas. Pero seguramente la voz nos mostraría inmediatamente quién es su portador.

La estética de las performances deja de ser un objetivo a trabajar en este contexto a diferencia de lo que sería el trabajo vocal en ámbitos educativos (Liu y Zhou, 2021). El concepto de lo bello se construye en estos grupos y en los trabajos individuales en conjunto con la percepción que cada productor arma a partir de los propios sonidos producidos. Esta significación en estos pequeños grupos puede estar muy alejada de la idea social del canto sostenida por la cultura. Estas producciones pueden ser poco bellas para la escucha ajena a este contexto, pero serán incentivadas. De ahí la importancia de un encuadre privado para cada grupo e individuo.

El trabajo grupal adiciona un componente importante. En el CET se genera un espacio de canto colectivo, en el que cada individuo disfruta de la expresión compartida, se identifica dentro de un todo de sonidos que van logrando superarse y disfrutar de hacer música en conjunto (Benito Martínez *et al.*, 2022). Vencer el bloqueo o el miedo a expresarse con la voz puede conseguirse en estos grupos siempre que el encuadre sea íntimo, seguro, sin exposiciones (Sobreira y Penna, 2021). Esta intimidad y seguridad del ambiente no refiere únicamente al aislamiento acústico de ruidos invasivos, sino de factores que afecten el estado emocional de cada participante (Monteiro de Castro dos Santos Braga y Schütz, 2020). Se evita la escucha ajena al grupo, la posibilidad de que otros pongan un juicio crítico en esa escucha que no busca ser expuesta. Se pone en juego el deseo propio de participar en las producciones grupales y el deseo del otro

evidenciado a través de la demanda (Cunha, 2021), demanda que en muchos casos se hace evidente mediante la mirada y la gestualidad facial.

Por último, entendemos a estas voces sin palabras como signos de un lenguaje analógico en términos del cuarto axioma de la Teoría de la Comunicación (Watzlawick *et al.*, 1967). Una voz con más o menos intensidad, con sonidos de mayor o menor duración, con ataques más repentinos o paulatinos, nos brindará informaciones diversas. Otros sistemas, como el de la CAA, por ejemplo, que es en parte digital, no nos brindará todo este bagaje de información analógica. Cada parámetro del sonido, la altura, la intensidad, el timbre y la duración, transmite características de quien produce esa voz.

Pero, como hemos descripto, esta población no traía al CET válvulas de fonación, por lo cual era ampliamente posible que la voz no se produjera más que en contextos episódicos excepcionales (la obturación de la cánula por acumulación de secreciones, algún reflejo tusígeno muy intenso, etc.). Aunque, por otro lado, sus sistemas articulatorios permitían la producción de sonido por vía oral, no fonado, articulado, empleando diversos movimientos de labios, mandíbulas y lengua. Estos sonidos podrían ampliarse si se realizaba una vasta exploración y conseguirían emplearse con fines comunicativos. De esta forma, quedaron definidos los objetivos de trabajo.

3. Práctica profesional

Este trabajo se realizó desde 2009 hasta 2022. Si bien con un niño y un adolescente se sostuvieron procesos virtuales individuales durante el confinamiento por COVID19 en 2020 y 2021, estos logros se alcanzaron presencialmente.

La muestra se conformaba de infantes y adolescentes de entre 4 y 21 años de edad que asistían al CET y que poseían traqueotomías sin válvula de fonación (excepto un adolescente que sólo llevaba la válvula para usar en sesiones individuales de musicoterapia y fonoaudiología). Los infantes y adolescentes con traqueotomías integrantes de la muestra se distribuían en los grupos del CET, comenzando en 2009 y 2010 con un solo caso, llegando a 2019 con 3 casos, y a 2022 con 6 casos distribuidos en 4 grupos. Durante los primeros años cada paciente con traqueotomía asistía a una

sesión grupal de musicoterapia junto a su grupo. Ya en 2019 se los derivaba a sesiones individuales de musicoterapia, aunque el criterio de derivación nunca fue la presencia de traqueotomía sino otras cuestiones vinculadas a su expresión, su comunicación y a la búsqueda de motivaciones para generar actividad voluntaria. De los 6 casos de 2022, 4 tienen musicoterapia individual. Los otros 2 dejaron de tener sesiones individuales de musicoterapia en la institución (uno desde 2021 y el otro desde mediados de 2022) por cuestiones clínicas y administrativas.

Todos los sujetos con traqueotomía se presentaban inicialmente con una actitud pasiva, sin motivación, sin actitud expresiva ni intención comunicativa. Para evaluar los avances se tuvo en cuenta la producción voluntaria de sonido, la respuesta sonora ante inicios comunicativos de otros, y la intención de respuesta sonora aun cuando se observaran los movimientos y no se lograra la producción de sonido.

Dado que el uso de indicaciones verbales o consignas no sería comprendido por una población con NCC, se generó el descubrimiento de sonidos orales articulados mediante la exploración lúdica y la improvisación sonora. Se lograban minutos de preguntas y respuestas entre infantes y adolescentes y la musicoterapeuta. Durante esos eventos se sostenían silencios prolongados a la espera de la producción sonora de algún miembro del grupo. Luego se ponía el acento en los sonidos nuevos que producían, la musicoterapeuta les respondía con otros sonidos similares o los imitaba y buscaba que los repitieran. Muchas veces esos discursos sonoros eran acompañados por instrumentos, habitualmente de percusión.

En los grupos se realizaban propuestas que pudieran integrarlos. Si los sonidos del resto de los integrantes enmascaraban a los de los asistentes con traqueotomía se cambiaba la consigna, se modificaba la propuesta, o se cambiaban los instrumentos que generaran el enmascaramiento.

Se sostuvo el diálogo verbal constantemente, entendiendo que la mayoría de los sujetos logran una percepción de los elementos rítmicos y prosódicos del lenguaje verbal, y que esta recepción les permite entender que nos estamos comunicando con sonidos. Apostando a que algún asistente pudiera ir incorporando alguna palabra del lenguaje verbal, se buscó reducir el vocabulario de la musicoterapeuta a pocas palabras que se repitieran. Se evitaron palabras como “canten”, “contesten”, “respondan” o “hablen”, prefiriendo reducir las a una sola, como “digan”, a la que se atribuyó el

significado de todas las anteriores, reduciendo las palabras pronunciadas a un número más posible de memorizar. Los gestos espontáneos apoyaban las palabras, señalando y mirando a quien se nombraba, o moviendo la cabeza afirmativa o negativamente al decir “sí” o “no”.

La resignificación es un proceso prolongado que se logra con continuidad. De esta manera, cuando un asistente con traqueotomía producía un sonido oral, fonado o no, se lo interpretaba como un llamado o una respuesta y se contestaba según el contexto, poniendo siempre en primer lugar la mirada hacia el interlocutor.

En ningún caso el énfasis estuvo puesto en buscar que un participante intente un sonido específico, ni un movimiento particular, ni una posición precisa. Constantemente se los invitaba a participar desde los sonidos que espontáneamente lograban producir con facilidad para expresarse, ya que, si bien muchas veces generaban sonidos espontáneos, no siempre podían repetir esos mismos sonidos voluntariamente.

4. Resultados y debates

Todos los integrantes de la muestra aumentaron sus manifestaciones expresivas, produjeron respuestas sonoras e intenciones de respuestas que (aunque no produjeran sonido) se observaban en sus movimientos. Estos resultados se registraron inmediatamente, pasando de no producir ningún tipo de sonido ni generar ningún gesto comunicativo en las primeras sesiones (actitud que coincidía con la que presentaban en otras actividades de la institución) a expresarse con sonido y movimiento ya desde la segunda o tercera sesión. Respecto a las características expresivas, sí, se observaron variantes entre cada infante o adolescente, vinculadas a la mayor o menor cantidad de interacciones comunicativas, mayor o menor perseverancia cuando se intentaba producir el sonido pero no se lograba, variedad en la intensidad, altura, duración, modo de producir sonido y ataques de los sonidos.

Aun cuando la producción de sonido fonado fue posible sin válvula fonatoria, se observó que, o les demandaba gran esfuerzo, demoraba muchos segundos su producción o bien no era voluntaria. Por esto, las expresiones orales no fonadas terminaron ocupando la mayor cantidad de expresiones. Se observaron sonidos

bilabiales similares a besos, cambios de ritmos en las respiraciones produciendo sonidos aéreos, risas con sonidos, carcajadas sin voz pero con sonidos de aire de gran intensidad, o chasquidos con la lengua contra el paladar.

La risa fue un factor determinante ya que al producir un sonido y sucederlo la risa (propia o de otros), habitualmente los infantes y adolescentes intentaban repetirlo e incrementarlo, buscando nuevamente esa respuesta. Por ejemplo, cuando la enfermera de un niño lo aspiraba, también le realizaba presiones para expulsar la secreción. Esto le generaba un reflejo similar a una risa con voz (ya que la vía aérea estaba obturada) a partir del cual el niño comenzaba a reír a carcajadas. Al responderle la musicoterapeuta con otra carcajada el niño fue manejando voluntariamente el sonido y luego generó la risa intencional en otros contextos. Incluso en el trabajo virtual aparecían las carcajadas. Adicionalmente, esta carcajada le facilitaba la expulsión de secreciones por sí mismo.

También aparecía la risa en los infantes cuando la musicoterapeuta empleaba voces muy agudas, exageradas, o cuando, con una prosodia excedida hacía chistes o hablaba con sarcasmo. Una situación habitual que les causaba gracia era cuando la terapeuta veía a alguien en una posición cercana no habitual y hacía comentarios con ironía como: “¿Qué hace tu mano ahí? No me vas a pegar, ¿no?”. Aunque no comprendían el vocabulario, interpretaban la prosodia exagerada como comunicación.

Las resignificaciones no se lograban inmediatamente, sino en procesos contruidos en varios encuentros. Por ejemplo, uno de los niños producía muchas secreciones y cuando ocurría esto, al obstruirse su cánula, se escuchaba su voz. La voz sonaba involuntariamente con la espiración e indicaba que era necesario aspirarlo, por lo cual se llamaba a su enfermera para que lo asistiera. De modo que, con el contexto, a esa voz se le comenzó a dar el significado de “necesito a mi enfermera para aspirarme”.

Se sostuvieron significados contruidos por la familia. Esto permitió que los asistentes agilizaran la producción de esos sonidos empleados en contexto comunicativo. Por ejemplo, un niño producía un sonido con los labios y la lengua al que la familia identificó como un beso (a pesar de no parecerse al sonido de un beso). Eso se tomó en musicoterapia y paulatinamente fue repitiendo ese sonido intencionalmente mientras miraba a la musicoterapeuta, en el inicio y el final del encuentro, como saludo.

Un adolescente, incluso, logró manejar la tensión muscular de su propio cuello y tronco de tal manera que consiguió fonar sin válvula de fonación. El sonido lograba

intensidades media y alta. Cuando consiguió esto inmediatamente lo empleó en la comunicación, tanto para llamar, para quejarse, para pedir música grabada, para pedir que cambien la música. Pudo manipular y cambiar voluntariamente la intensidad, el ataque del sonido, la duración y la densidad cronométrica del conjunto de sonidos sucesivos. Estos elementos se sumaron a un sistema de CAA consiguiendo una comunicación con muchas mayores posibilidades.

Todos estos resultados se alcanzaron en un encuadre de juego y disfrute, donde la producción de sonido se transformaba en la vía de conexión entre los participantes.

Podríamos cuestionar si en este contexto la palabra “vocal” no nos limita a ver las posibilidades expresivas de infantes y adolescentes que, por barreras físico acústicas encuentran otras vías de expresión no fonadas. La música hace tiempo se ha abierto a incluir en el repertorio de sonidos posibles aquellos sonidos sordos, generados por el sistema articulatorio sin fonar. Las improvisaciones sonoras creadas en este contexto bien podrían interpretarse como improvisaciones vocales, con y sin fonación.

Por otro lado, pensar en el aprendizaje con la voz en estos contextos y con esta población nos desafía a pensar de un modo diferente. Nos exige entender que nuestra palabra como musicoterapeutas ya no es un recurso de trabajo tan funcional, que los conocimientos que tenemos de la técnica vocal son insuficientes, y que motivar al otro para conseguir algo debe atravesar otros caminos no verbales.

5. Conclusión

El trabajo vocal con esta población con diversidades funcionales múltiples que presentan NCC y traqueostomías es un desafío si se analiza con una mirada tradicional en la cual se da por sentado el uso de la voz de manera habitual. Conocer, explorar y ampliar el repertorio de sonidos expresados oralmente representa un gran avance en función de la comunicación de aquellos que no acceden al lenguaje verbal. Incorporar sonidos orales no-verbales y no fonados al repertorio de expresiones posibles aumenta considerablemente las posibilidades de cada sujeto. Y entendiendo que la expresión vocal y oral no fonada es una propiedad sonora que identifica al sujeto, su uso puede

generar intercambios comunicativos más espontáneos a los generados por la expresión sonora mediada a través de instrumentos musicales o la comunicación con CAA.

Interpretar sus discursos sonoros como música generada por sus propias emociones sin palabras es un cambio en la escucha del profesional. Es entender sus sonidos desde una mirada diferente, más amplia, desprovista de las limitaciones estéticas de nuestro medio sociocultural.

Observando que la cantidad de casos con traqueotomías aumenta en la institución, se considera importante fortalecer estas intervenciones a futuro, tal vez, incluso, indicando que los casos con traqueotomía tengan dos sesiones de musicoterapia por semana (una sesión grupal y otra individual). Incorporar la comunicación sonora a otros modos (como el uso de sistemas de CAA) enriquecería mucho los resultados si se realiza de manera integrada y se involucra al resto de profesionales de la institución y a la familia en el empleo de los logros con fines comunicativos. El trabajo interdisciplinario se vuelve fundamental para conseguir estos resultados.

Estos son algunos de los primeros pasos para recorrer una ruta nueva. El disfrute ha aparecido como el gran motivador de las posibilidades expresivas de estos infantes y adolescentes, y el elemento que los unificaba. Así, sostenemos la importancia de un contexto emocional contenedor en un ámbito que previamente había sido descrito como con retos múltiples. El desafío está planteado y las personas con traqueotomías ya están ahí, esperándonos.

Referencias

- Broqua, G., (2020). Sujetos con retos múltiples severos: buscando al sujeto sonoro. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2020(20) 51-57. http://repositorioubu.sisbi.uba.ar/gsdsl/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=psicoan&d=xx-20_5_html
- Broqua, G., (2022). *Música accesible con Tecnología Asistiva*. Editorial Autores de Argentina.
- Benito Martínez, R.C., González López, I. y Cañizares Sevilla, A.B., (2022). El canto colectivo: placentera herramienta para el enriquecimiento musical del coralista. *Revista Música Hodie*, 2022(22), 1-29. <https://revistas.ufg.br/musica/article/view/69811>

- Cunha, M. de M. (2021). O desejo para o aprendizado da música: uma abordagem psicanalítica. *Revista Música Hodie*, 21. <https://doi.org/10.5216/mh.v21.69022> (Original work published 25º de setembro de 2021)
- Del Barrio, L., Sabbatella, P. L. y Mercadal Brotons, M., (2019). Musicoterapia en Educación: un proyecto de innovación orientado a la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales. *Revista Música Hodie*, 2019(19), 1-13. <https://doi.org/10.5216/mh.v19.51723>
- Delprado Aguirre, F., Correa Agudelo, J., Nieto Correa, C., y Soto Ruiz, M. P., (2021). Conocimiento y adaptación de válvulas de habla a traqueostomía por parte de fonoaudiólogos colombianos. *Revista Areté* (1), 21-32. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.21206>
- Liu, J. y Zhou, M., (2021). The role of innovative approaches in aesthetic vocal performance. *Revista Música Hodie*, 2021(21), 1-26. <https://doi.org/10.5216/mh.v21.69132>
- Monteiro de Castro dos Santos Braga, L. y Schütz, G. E., (2020). Condições ambientais adversas e seus impactos na saúde durante a formação universitária de cantores. *Revista Música Hodie*, 2020(20), 1-20. <https://doi.org/10.5216/mh.v20.58838>
- Pardo Romero, G., Pando Pinto, J. M., Mogollón Cano-Cortés, T., Trinidad Ruiz, G., Marcos García, M., González Palomino, M. y Blasco Huelva, A., (2004). Traqueotomía pediátrica. *Revista Acta Otorrinolaringológica Española*, 2005(56), 317-321. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(05\)78622-2](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(05)78622-2)
- Ribeiro Cil, L. y Gomes Liduenha Gonçalves, T. G., (2018). Educação Musical e Educação Especial na produção científica de dissertações e teses. *Revista Música Hodie*, 18(2), 327-342. <https://doi.org/10.5216/mh.v18i2.49262>
- Sobreira, S. y Penna, M., (2021). Perdendo o medo de cantar: uma prática de educação musical com professoras pedagogas em formação. *Revista Música Hodie*, 2021(21), 1-30. <https://doi.org/10.5216/mh.v21.67629>
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. y Jackson, D., (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder.