

# La Muerte como Consejera

---

Propuesta de intervención musicoterapéutica para la residencia de larga estadía Altos del Boulevard en el barrio de Villa Devoto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Trabajo Final Integrador Licenciatura en Musicoterapia  
Universidad Abierta Interamericana (UAI)  
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas  
Alumna: Stella Maris Urquiza  
Tutor: Lic. Julián Kuczer  
Buenos Aires, Abril 2023

*“Si queréis realmente contemplar el espíritu de la muerte, abrid de par en par las puertas de vuestro corazón al cuerpo de la vida”.*

O Khalil Gibran El profeta

## Sumario

### PARTE I

- 1.1 Elección del tema
- 1.2 Identificación del problema
- 1.3 Estado del arte
- 1.4 Fundamentación
- 1.5 Justificación
- 1.6 Objetivos
  - 1.6.1 Principal
  - 1.6.2 Específicos
- 1.7 Finalidad del proyecto
- 1.8 Marco Institucional, beneficiarios y dinámica
- 1.9 Marco teórico
  - 1.9.1 Las instituciones y su doble función subjetivante
  - 1.9.2 Nuevos modelos de atención, modelo salutogénico
  - 1.9.3 Percepción de la muerte por parte del anciano
  - 1.9.4 Necesidades espirituales
  - 1.9.5 El musicoterapeuta
  - 1.9.6 Del silencio “sepulcral” al “significativo”
  - 1.9.7 Trabajo en los intersticios

### PARTE II

- 2.1 Las intervenciones
  - 1.1.1 Taller mensual: La muerte como inspiradora
  - 1.1.2 Intervención eventual: La muerte aquí y ahora.

### PARTE III

- 1.1.1 Plazos y cronogramas
- 1.1.2 Evaluación
- 1.1.3 Factores externos
- 1.1.4 Consideraciones finales

## Introducción

La muerte de alguien cercano suele provocar entre los humanos un impacto, al menos una pausa, a veces aparecen preguntas sobre la vida, la trascendencia, la finitud, etc. A veces solo aparece el silencio.

Ese silencio puede ser paralizante, angustiante, puede clausurar y obturar las vías expresivas del sujeto, pero también puede ser el inicio de un recorrido creativo, que inaugura territorios, que resignifica vivencias dentro de la propia biografía, reforzando la identidad, el sentido de pertenencia y por qué no de la trascendencia.

Esta propuesta de intervención musicoterapéutica en el área de adultos mayores, es una invitación a ese recorrido que inicia en un tipo de silencio que llamo “sepulcral”<sup>1</sup> por sus característica de inmovilidad y de claustro, hacia otro tipo de silencio “significativo” portador de sentido y de posibilidad expresiva en lo sonoro-corporal, a través de herramientas propias de la musicoterapia, considerando al sujeto, siempre, como sujeto de derecho y productor de discurso.

Apela a la capacidad del ser humano de aliviarse en redes vinculares que se tejen y se re-crean en el hecho estético y los empoderan, corriéndolos de la posible des-subjetivización y de la alienación.

**PALABRAS CLAVES:** muerte-silencio-musicoterapia en vejez-subjetividad-  
espiritualidad

---

<sup>1</sup> Concepto que se desarrolla durante el escrito.  
Mta. Stella Maris Urquiza

## Parte I

### 1.1 Presentación del tema:

A lo largo de mi recorrido como coordinadora de talleres de musicoterapia en diversas instituciones para adultos mayores, he notado que la temática de la muerte es evadida por diferentes actores (de la institución y los mismos adultos mayores) y en diferentes modalidades. Ya sea cuando se produce el fallecimiento de algún residente y no se informa al resto de sus compañeros o cuando no se posibilita hablar de ella espontáneamente como un hecho ineludible de la vida.

Dentro de las varias escenas que he vivido presentaré unas pocas ocurridas en la institución.

Una mañana un médico conversa con una de las kinesiólogas en el consultorio, cuando yo entro para buscar material de trabajo. Están hablando de la reciente muerte de una de las pacientes y de repente el médico hace referencia al “octavo par craneal” llevándose una mano a la oreja. Ese gesto fue muy curioso y mi mirada se posó en ellos, quienes me hacen notar que una de las residentes estaba cerca de la puerta escuchando, y entonces cambiaron de tema.

En otra oportunidad, al ingresar a la institución, la enfermera de turno me intercepta advirtiéndome que una residente había muerto el día anterior y no debía mencionar el tema en el grupo y si me preguntaban... “vos no sabés nada”.

Al consultarle por las causas de su pedido, respondió secamente: “Porque sí, porque si no se ponen mal.”

Muchas situaciones como éstas he experimentado en estos largos años de desempeño profesional, lo que fue originando en mí las semillas de este proyecto.

## La Muerte como Consejera

---

La muerte en la sociedad actual es un tema escabroso, renuente a ser conversado en las reuniones sociales y familiares, pareciera ser poco discutido en ámbitos más profesionales y redondamente esquivado entre los adultos mayores.

Puede hablarse de tabú e incluso de denegación, como lo han destacado los antropólogos y los historiadores. El rechazo es ante todo psicológico, ya que el vínculo entre el miedo a la muerte y la culpa es indudable (Thomas L.V., 1991, p.55)

¿De dónde viene esta insistencia en tajarla? ¿Es útil esta actitud para el bienestar del residente?

Si ese silencio viene de una concepción siniestra<sup>2</sup> de la muerte, ¿puede ser transmutada en algo maravilloso a través del arte, como proponía Pichon Riviere? (2011)

Estas primeras preguntas, fueron delineando la necesidad de ofrecer el espacio de musicoterapia como facilitador de las expresiones de los residentes que se sentían afectados por este silenciamiento, detectada por la observación y la escucha atenta en la interacción con los sujetos. ¿Sería posible un corrimiento de sujeto silente (tal vez considerado objeto producto de la institucionalización) a un sujeto expresivo?

Como todo tema tabú se lo suele silenciar, negando la posibilidad de hablar de ello, de echar luz sobre un tema tan trascendente como éste y que provoca diferentes conductas, sentimientos y estados de ánimo, los cuales no suelen ser beneficiosos para los residentes.

Considero que el espacio musicoterapéutico es un lugar privilegiado para escuchar este silencio, y junto con los participantes, dilucidar si es beneficioso o no, pues como digo a lo largo de este escrito, no es válida nuestra pretensión de explorar sobre lo que no se desea o no se está listo para hacerlo. Sólo de esa manera se puede co construir un sentido que permita transformarlo en discurso significativo o en otro silencio.

---

<sup>2</sup> Siniestro que causa cierto temor o angustia por su carácter sombrío y fatídico. Diccionario online RAE  
Mta. Stella Maris Urquiza

## La Muerte como Consejera

---

El presente proyecto es una propuesta de intervención musicoterapéutica en el área de adultos mayores, específicamente dirigido a los que residen en RLE pero también pasible de extenderse a otras instituciones como centros y hospitales de día, y toda otra institución que aloje o brinde servicios de atención, prevención o promoción de la salud al adulto mayor.

Si bien el proyecto está destinado a ellos podría también incluir al resto de los actores institucionales: auxiliares, profesionales del área de la salud, administrativos e incluso familiares y población en general con fines psicoeducativos.

Las intervenciones propuestas para abordar las consecuencias del silenciamiento de la temática de la muerte, en lo general (el proceso de morir) y en lo particular (la muerte propia y ajena), se sostienen desde una perspectiva de derechos y desde una posición ética que se detallan en el marco teórico.

Es preciso destacar que cuando se echa luz sobre estos temas silenciados podrían aparecer diferentes reacciones (reactualización de duelos no resueltos, necesidad de determinar voluntades anticipadas, etc.) o actitudes (revalorización de vínculos, resignificación de la propia historia etc.), en los residentes que a veces exceden el espacio musicoterapéutico y que deben ser atendidos por otros actores, a veces otros profesionales de la salud y a veces la familia de los involucrados. Por ello es tan importante la consolidación de un equipo, al menos multidisciplinario, para acompañar sinérgicamente <sup>3</sup> este proceso en forma integral y sostenido en el tiempo.

El propósito último de la propuesta es brindar herramientas efectivas y afectivas para abordar esta problemática en la mencionada institución en una dirección salutogénica<sup>4</sup>. Efectivas, no en el sentido de producir un efecto “deseado” o “esperado” e inequívoco sino en el sentido de producir un movimiento hacia un lugar de alivio. Sería la posibilidad de construcción de una línea de fuga en términos de Deleuze, la que se desarrollará en el marco teórico. Herramientas afectivas, porque derivan de la

---

<sup>3</sup> Sinergia: en contexto de equipos interdisciplinarios significa considerar que cada integrante posee habilidades, aptitudes y destrezas complementarias e individuales que son desarrolladas en función de las metas comunes. En este caso el bienestar del residente.

<sup>4</sup> Salutogenia: concepto que se desarrollará en el marco teórico

## La Muerte como Consejera

---

construcción de un vínculo musicoterapéutico basado en el respeto por la dignidad, la subjetividad y el derecho de las personas a saber, y a ser protagonistas de sus propias vidas. Esta afectividad es una forma de “posicionamiento ético frente a la sociedad y al ejercicio clínico” (Matus, 2008, p 22)

Este proyecto supone un gran desafío personal y profesional. Personal porque la muerte nos interpela a todos los seres humanos y en lo profesional porque la negación y el silenciamiento que pesan sobre la muerte están altamente arraigados en nuestra cultura (carácter ontogénico) y en especial en ese tipo de instituciones en las que, según mi sospecha, esta temática no suele ser abordada por los profesionales de la salud.

Quiero destacar que este trabajo lleva muchos años en estado de latencia, como la semilla enterrada en lo profundo de la tierra esperando germinar, y siento que hoy más que nunca, se hace imperioso abordar de una vez por todas esta temática.

La pandemia por el Covid-19 puso el tema de la muerte y el proceso de morir en primera plana, haciendo necesario hablar de ella y abordarla desde los lugares en los que se esté dispuesto a hacerlo, desde lo particular y desde lo general y para ello, se necesitan profesionales de la salud preparados y capacitados.

La pandemia del coronavirus nos deja una gran oportunidad para acercarnos a este evento vital: La muerte (propia y ajena). Porque la muerte ha sido siempre un hecho social y público, aunque, en la actualidad y, en esta parte del mundo, se ha invertido: La sociedad ha expulsado a la muerte de las miradas y de los discursos, de los ritos y de los lutos. Y aún así, invita a preguntarse no sólo cómo queremos morir y ser recordados, sino también, y tal vez más importante, cómo queremos vivir nuestras vidas antes de que lo inevitable acontezca.

Así lo decía Su Santidad el Dalai Lama (1992), en el prólogo de “El libro Tibetano de la vida y la muerte” (Sogyal Rimpoché, 1992)

La muerte es una parte natural de la vida que todos deberemos afrontar tarde o temprano. Según mi entendimiento, son dos las actitudes que podemos adoptar ante ella mientras vivimos: o bien elegimos no pensar en ella, o bien podemos

hacer frente a la perspectiva de nuestra propia muerte y, reflexionando con claridad sobre ella, tratar de reducir al mínimo el sufrimiento que puede producir. (p. 11)

## 1.2. Identificación de la problemática

*La muerte, como una enfermedad maligna, es un tema tabú para la sociedad [actual] y como tal, se evade, se niega y se encubre*

Philippe Aries

Como he relatado anteriormente a lo largo de mi trabajo como coordinadora de talleres de musicoterapia en diversas instituciones geriátricas, hoy llamadas Residencias de Larga estadía (RLE) <sup>5</sup>, he observado algunos hechos muy significativos:

1. El silenciamiento de la muerte y del proceso de morir de los adultos mayores.
2. La falta de un espacio destinado a los adultos mayores y de profesionales para abordar el tema.
3. La incursión en prácticas institucionales des-subjetivantes.

Las personas alojadas en una residencia de larga estadía (en adelante RLE) llegan allí por diferentes causas vinculadas a enfermedades física, psíquicas o situaciones socio-ambientales que hace que su atención en el afuera sea, o se vuelva, insostenible. El adulto mayor se encuentra en un lugar nuevo con personas desconocidas, con otras

---

<sup>5</sup> En apartado de Marco teórico se explica el cambio de término del término geriátrico a residencia.  
Mta. Stella Maris Urquiza

## La Muerte como Consejera

---

personalidades, creencias, nacionalidades e ideologías. Por lo general, pesa sobre él la creencia que se ha (lo han) retirado de la vida tan solo para esperar la muerte. Al desarraigo de su lugar de pertenencia (casa, barrio, familia, vecinos, etc.), se suma una serie de pérdidas como la actividad laboral, el estatus social, la juventud, la pareja, etc. Estas situaciones son una sucesión de duelos que producen un dolor psíquico, que se agregan al sufrimiento por alguna enfermedad física o mental.

Las personas realizan un gran esfuerzo de adaptación como parte del proceso de institucionalización con sus normas y obligaciones. De esta manera van perdiendo libertad, el poder de decisión, su deseo, singularidad, y en definitiva, su individualidad queda absorbida por una nueva pluralidad que le es ajena.

Si bien las instituciones asilares se han ido transformando a lo largo del nuevo siglo, intentando pasar de un modelo asistencial y de enfoque en servicios, a un nuevo modelo con foco en la atención integral de las personas<sup>6</sup>, los resabios del viejo modelo aún imperan en la atención e intervención de los residentes, ignorando muchas veces, sus necesidades psicosociales y espirituales, lo que puede conducir a la “cosificación” y a la despersonalización.

Este sujeto-paciente-paciente que comparte con sus pares y con el personal de la institución todo el día, donde su intimidad y privacidad se ven suspendidas, donde su subjetividad y sus derechos a veces son vulnerados, podría encontrar en el espacio de musicoterapia un lugar donde expresar sus miedos, y angustias respecto a la muerte, como también sus deseos, su mundo interno en su singularidad como ser humano, y también un lugar transformador.

Observo que la mayoría de los actores de las instituciones (administradores, profesionales, auxiliares y los mismos residentes) consideran el proceso de morir y la muerte misma, como algo que simplemente sucede y que no resulta necesario ni su mención ni su atención. Desde lo institucional se implementan toda clase de artilugios para disimularla, se esgrimen cortantes excusas y se exige continuar con el show porque “aquí no ha pasado nada”.-Tampoco se facilita el contacto con el adulto mayor que,

---

<sup>6</sup> Modelo de Atención Centrada en la Persona que se explicarán en el marco teórico.  
Mta. Stella Maris Urquiza

habiendo establecido un vínculo con sus pares y con el musicoterapeuta, está en proceso de final de vida o internado fuera de la institución.

Todos y cada uno son por tanto cómplices de una mentira que comienza entonces y que, ampliándose luego, va a empujar a la muerte a la clandestinidad. (Ariès,1975)

Las RLE pocas veces están conducidas por profesionales de la salud o formados en psicogeriatría y suelen contratar los servicios de musicoterapia apoyados en el marketing, o para cubrir horas de actividad (Di Prinzio, 2012), desde la creencia popular de que la música “hace bien” y de que “calma las fieras”. Esto puede ser problemático, pero también puede ser parte de la solución, como se verá más adelante.

Por lo regular, el servicio de musicoterapia dentro de las RLE, es incluido dentro de las propuestas “recreativas” y no tanto en las terapéuticas, en el mejor de los casos es para apoyar la estimulación cognitiva. Considerado por muchos como un espacio “para cantar y pasarlo lindo” y por lo tanto, se esperan ese tipo de resultados. Desde esa expectativa se dificulta aún más la posibilidad de hablar de la muerte, y en especial cuando ésta ocurre, de darle lugar, de escucharla, de incluirla y de honrarla. ¿Podemos ofrecer, en vez de una “recreación”, un lugar para la “re-creación” como re-elaboración del presente de la que habla Di Prinzio (2019)?

En algunas ocasiones cuando fallece un residente, el silenciamiento se anticipa con indicaciones precisas del personal de la institución. Llamaría a esto: **Silencio impuesto**, externo, que tiende a mantener el control institucional y el disciplinamiento de la población. En otras ocasiones el silencio aparece en la sesión de musicoterapia por parte de los residentes, algunos de los cuales se sienten afectados por la muerte del compañero, a esto le llamo **Silencio interno**, producto de una construcción socio-cultural que casi todos compartimos.

Los residentes, en su mayoría, manifiestan poco interés en hablar espontáneamente del tema, sin embargo, cuando se produce el fallecimiento de un

compañero/a significativo, es decir, con el que se ha establecido un vínculo afectivo, muchos desean saber sobre los motivos de la ausencia. Es allí donde es necesario que haya un otro dispuesto a escucharlos y que se ofrezca un espacio de contención para expresarse, para llorar, para honrar, para acercarse al misterio.

¿Qué sucedería si se hace lugar a este silencio desde una escucha atenta y dispuesta?

¿Puede ser válido el espacio musicoterapéutico para abordarlo desde su especificidad, partiendo desde un silencio de “vacío”? Entendiéndolo como ese silencio interno y necesario por parte del profesional, para realizar una lectura de la situación, lo que Banfi (2005) menciona como una ética del silencio.<sup>7</sup>

¿Es posible transformar ese silencio “sepulcral” en silencio “significante”? El cuál es portador de sentido, como una forma, según Pellizari (2005), de expresión del paciente para escucharse, reconocerse y reconocer al otro.

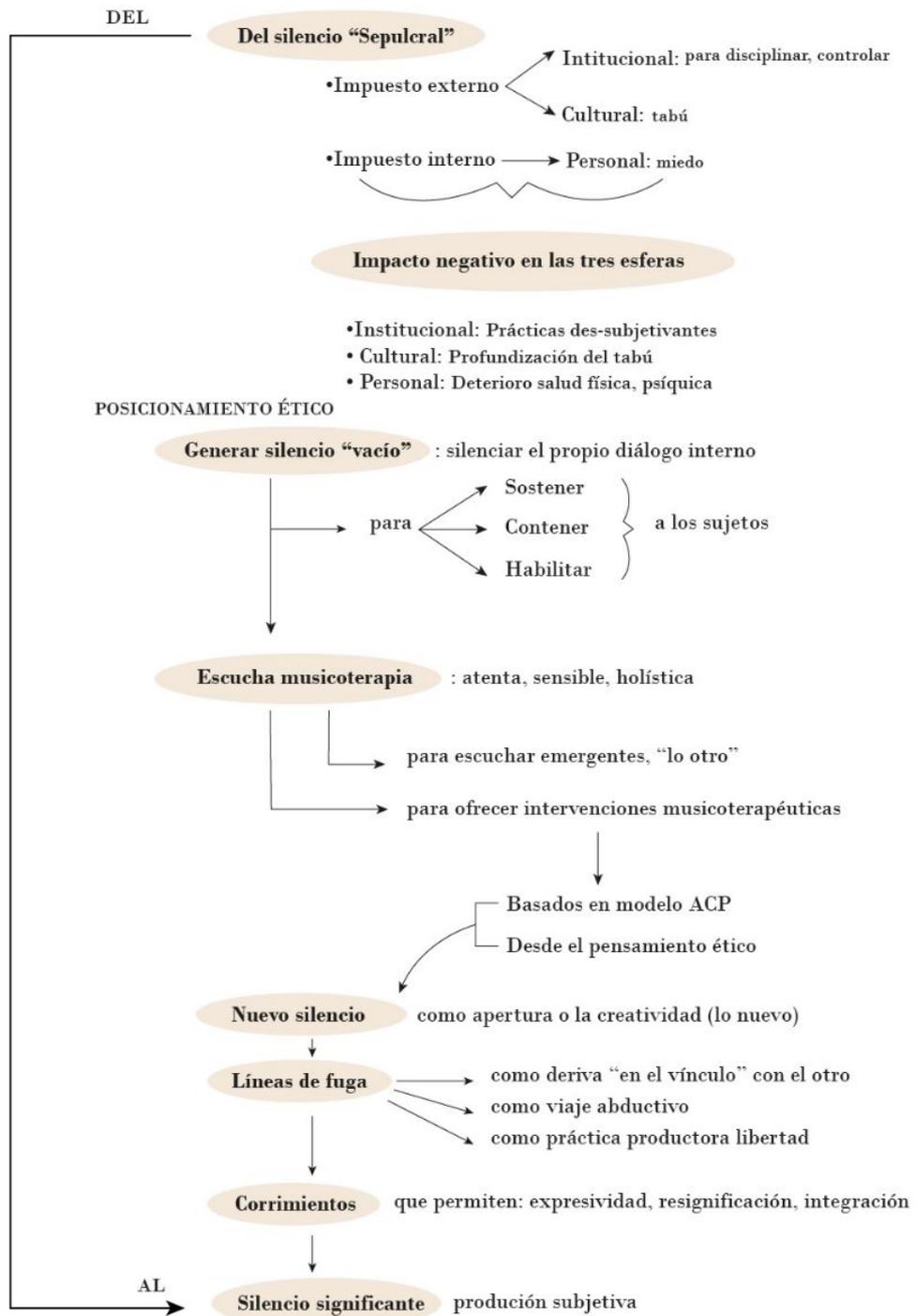
**En definitiva: ¿Cómo puede la musicoterapia abordar las consecuencias de este silencio, impuesto desde lo institucional y lo cultural, en una dirección salutogénica?**

---

<sup>7</sup> Ética del silencio: concepto ampliado en el capítulo de marco teórico.  
Mta. Stella Maris Urquiza

# La Muerte como Consejera

## MAPA CONCEPTUAL



## 1.3 Estado del arte

En la búsqueda de antecedentes sobre el abordaje musicoterapéutico en la temática de la muerte dentro del área de la gerontología, encontré escasas pero valiosas publicaciones nacionales.

Una de ellas es la del colega Marcos Vidret que si bien data de 1995, es la que más acerca a la temática de este proyecto. Allí reflexiona sobre los múltiples duelos que atraviesa la persona internada en una residencia y el aporte que puede brindar la musicoterapia en la elaboración de los mismos. Esta serie de pérdidas adquiere su máxima tensión cuando se produce el fallecimiento de familiares o amigos cercanos, situación que requiere, de parte del equipo terapéutico, de un gran acompañamiento, escucha y respeto por el proceso de duelo. En particular destaca que es necesario “ofrecer un espacio donde la re-vivencia de hechos relacionados con una determinada ambientación sonora<sup>8</sup> permita la dinamización de situaciones de duelo cristalizadas o fijadas en el tiempo” (Vidret, 1995, p.5).

También recomienda la intervención del equipo interdisciplinario, especialmente médico o psicológico para atender posibles reacciones de duelos patológicos pues:

La capacidad regresivogénica del material sonoro-musical puede auxiliar de tal forma que el recuerdo de lo ausente sea percibido como natural y saludable. Se trata de no despertar angustias adicionales implícitas en la situación mediante el hecho de invitar a la persona en conflicto a compartir esa emoción con los demás (Vidret, 1995,p. 6).

Interesa a los fines de este escrito el apartado en el que Vidret, describe la situación de duelo por el **fallecimiento de una compañera y la elaboración grupal de dicho evento, en el espacio de musicoterapia.**

---

<sup>8</sup> El Lic. Vidret se refiere con este concepto al lexicón de cada paciente, ya que conocer la historia sonora da contexto a los recuerdos y reflexiones que aparecen en el encuentro.

## La Muerte como Consejera

---

Destaca que el fallecimiento no fue comunicado formalmente, pero que los residentes intuían que “algo” pasaba y las versiones empezaban a correr provocando más angustia, tristeza, preocupación e incertidumbre y que era imperioso contar con un espacio para el diálogo.

Las intervenciones musicoterapéuticas se hicieron presentes para permitir expresar, recordar, homenajear y honrar la vida del otro y resignificar la propia.

Surgió el llanto en varias compañeras cercanas a Margarita. Luego de un silencio reflexivo, propuse tratar de recordar las características que Margarita tenía en vida. El grupo compartió sus opiniones acerca de ella, y alguien recordó una canción favorita de ella, aprendida en la clínica. Se propuso cantar esta canción en su homenaje, acción a la que todo el grupo (entre 16 a 18 personas) - que conocía la canción por cantarse habitualmente- se comprometió; se cantó la canción completa y se repitió el estribillo ad libitum y en forma decrescendo (Vidret, 1995, p.7).

Esta experiencia estética grupal dio lugar a **nuevos intercambios**, esta vez más abstractos, **trascendentes**, como por ejemplo:

...comentarios, respecto del alma en paz, el dejar de sufrir y el sentido religioso de la muerte; alguien comentó que cuando alguien deja la vida aún subyace en la vida de la gente con la que pudo establecer lazos afectivos; se propuso ver a la muerte de Margarita como un proceso de culminación de su historia vital, con todas las experiencias de vida que una persona con 79 años pudo haber tenido. (Vidret, 1995, p.7).

Luego de esta experiencia remarca el colega a modo de corolario:

...no fue sólo el descenso de la ansiedad o la descarga de la aflicción sin conflictos delante de otros; además la posibilidad de comenzar despedidas no sólo de Margarita sino también de otras situaciones abiertas como el recuerdo

emergente en esta paciente evocando a su esposo. La música funcionó como un nexo evocador y a la vez contenedor de una situación que podía ser compartida grupalmente sin conflictos. (Vidret, 1995, p.8).

Dado que las incumbencias de la musicoterapia se van ampliando cada vez, es dentro del área de cuidados paliativos y del área de prevención en donde he podido encontrar algunos antecedentes que bordean la temática de mi interés, **y** si bien no corresponden al grupo etario o el contexto, aportan posiciones, lecturas y abordajes que pueden extrapolarse en este escrito.

El colega Gabriel Solarz (2012), en su tesis de grado, “Musicoterapia y cuidados paliativos”, a pesar de referirse a pacientes pediátricos internados, realiza una interesante lectura acerca de la sala de internación y del hospital en general, como un lugar de **control disciplinario y de la producción de subjetividad, colocando al paciente en un lugar estático**, pasivos respecto a su enfermedad y tratamiento; que al tener suspendidos sus vínculos y rutinas cotidianas, **produce un efecto en su subjetividad que se percibe como violento**. El colega asegura que “está ligado a lo que denominamos capturas, que son aparatos que regulan lo que funciona en su interior produciendo un detenimiento en las producciones de subjetividad” (Solarz, 2012, p.32). En este contexto, propone técnicas musicoterapéuticas como **la improvisación libre y el juego como formas de producción subjetiva y de afrontamiento**, que ubican al **paciente en un rol activo, capaz de producir él mismo una alternativa de orden estético a su padecimiento habilitando alternativas de alivio**.

Otra colega, Frigoli, en su tesina “Duelo y Musicoterapia” (Frigoli, 2010), también aborda la población infantil pero desde un dispositivo preventivo de carácter socio ambiental y presenta la temática de un hecho traumático: La desaparición y muerte repentina de un “otro”, la dificultad de los niños en poder hablar del hecho en la institución escolar y la **habilitación del taller de musicoterapia para expresar su dolor a través de la creación de canciones, el canto conjunto y de la escucha atenta y silenciosa de otra canción elegida por los mismos niños**.

## La Muerte como Consejera

---

En su escrito, la colega menciona no sólo el impacto de la pérdida (temprana y violenta) de una compañerita, sino también lo angustiante de no poder, o no saber cómo, expresar tamaño dolor. En ese sentido, refiere a las palabras de la Psicóloga Arminda Aberastury (1978): “Hablar de esa muerte no es crear el dolor ni aumentarlo, por el contrario, la verdad alivia al niño y lo ayuda a elaborar la pérdida” (p. 163).

Por último, otro punto de contacto de esa tesina con éste proyecto es que el dispositivo musicoterapéutico acompañó la situación traumática y el duelo, considerando la posibilidad de **realizar una “derivación adecuada y oportuna** en el caso de que los procedimientos preventivos no alcancen para asistir la problemática” (Frigoli, 2010). Lo cual apoya la necesidad de contar con un equipo, una red profesional de sostén.

Cuando se aborda la temática de la muerte con los adultos mayores es casi inevitable hablar del “más allá”, y del misterio del “después de la muerte”. Aparece de relieve otro aspecto del ser humano: su **dimensión espiritual**, dimensión que también es preciso considerar en la práctica clínica.

Así lo afirma la mta. Ruth Bright (1991). “Se deben admitir las necesidades espirituales de las personas ancianas, tanto sea si están enfrentando la muerte inminente como si están tratando de aceptar una vida de debilidad o discapacidad permanente” (p140). Por ello la autora invita a los musicoterapeutas a considerarlas e incluir en el repertorio de trabajo himnos u otras músicas religiosas que traigan consuelo a los pacientes, aunque el profesional no comparta esas creencias.

Iturri y Lemos (2019) consideran que pueden **abordarse las necesidades espirituales de los pacientes, en el área de paliativos, a través de herramientas propias de la disciplina, las experiencias musicales**, con los siguientes objetivos:

Proporcionar “apoyo espiritual”; facilitar la emergencia de temas relacionados con la espiritualidad del paciente; proveer, a partir de la música, una estructura o marco para expresar emociones; disminuir la “angustia espiritual”; facilitar la

comunicación entre el paciente y la familia; proporcionar una vía para celebrar o reconocer los logros y elevar la autoestima; y revisar aspectos importantes y únicos de su vida. (Iturri y Lemos, 2019, p 37)

Los autores realizaron una exhaustiva investigación sobre estas necesidades en el final de la vida, recabando experiencias de colegas extranjeros, dando cuenta otra vez, de lo escaso del trabajo específico de estos aspectos dentro de nuestro país.

También Iturre y Lemos (2019) hacen referencia, en las investigaciones realizadas, a los **alcances de la disciplina** en esta temática las que están dadas por certificaciones regionales y por los códigos de ética profesional, y también a los límites “personales” que ninguno debe traspasar. Asimismo encontraron, entre los autores investigados, la necesidad de una **formación profesional** en estos asuntos, refieren que no hay publicaciones en los que se discuta dicha formación, como por ejemplo: el conocimiento de las tradiciones y religiones principales del mundo, nociones de las competencias culturales, el lugar que ocupa la música en las distintas culturas, los ritos vinculados a la muerte, etc. y así ampliar nuestra visión para poder brindar una atención más personalizada.

En un escrito reciente del Mta. De la Fuente (2022) cita a la musicoterapeuta Loewy (2005) quien destaca que la reflexión sobre el proceso de morir está presente en el campo de la musicoterapia, desarrollando técnicas específicas para el acompañamiento de personas en final de vida.

En ese mismo escrito, referido a las actitudes sobre la muerte, De la Fuente expone cómo se oculta la verdad diagnóstica al analizar un caso clínico de la musicoterapeuta Chava Sekeles, vinculando este accionar con el concepto de Ariès de la “*muerte invertida*” de la actualidad, originada según este autor, en la motivación de proteger y de no hacer un mayor mal al enfermo.

En ese caso clínico se muestra también cómo la profesional toma en cuenta los aspectos culturales, sociales e históricos de sus pacientes a la vez que posibilita su empoderamiento favoreciendo la elección de la música y el modelo de abordaje con una actitud de ética profesional.

Como se ha visto las publicaciones recientes vinculadas a la muerte y musicoterapia se circunscriben al área de cuidados en el final de vida (con niños o adultos) o eventualmente se ha trabajado en un dispositivo socio comunitario con niños en situación de riesgo.

Esta situación refuerza mi premisa de que falta mucho recorrido disciplinar para romper con el silenciamiento de la muerte fuera de estos campos, en especial en el área de la vejez, para poder integrar la muerte al curso de vida.

### **1.4. Fundamentación**

La prioridad y urgencia de este proyecto está sustentado en tres asuntos importantes que en este apartado destaco:

1. Aumento de la población institucionalizada (contextualización)
2. Ausencia de un espacio y/o profesional que se ocupe de las necesidades espirituales y de las consecuencias del silenciamiento de la muerte.
3. El silencio impuesto trae malestares físicos, psíquicos y espirituales.

### **Aumento de la esperanza de vida, envejecimiento poblacional e institucionalización**

A nivel mundial se estima que, entre 2015 y 2030, la población mayor de 60 años y más, se elevará de 900 millones a 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en sólo 15 años. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% al 16,4%. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en nuestra región el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, esto es un aumento del 59%.

**La República Argentina es hoy uno de los países más envejecidos de la región,** teniendo en cuenta el concepto de transición demográfica. Según las

proyecciones del INDEC, la población de 60 años y más ascendió a 7.429.972 en 2022, lo que representa el 16,1% de la población total.

Junto con el aumento del envejecimiento, se produjo un **aumento la Expectativa de Vida al Nacer (EVN)**, que sumado a la disminución de la fecundidad produce un cambio en la distribución por edades de la población; de acuerdo a los datos de Naciones Unidas en el informe “Perspectivas de población mundial” (2019), la cantidad de personas de 60 años o más, a nivel mundial, para 2020 ascendió a 1.049 millones. El 60% de las personas mayores vive en los países que están en vías de desarrollo y en 2020 serán el 70% (OMS 2015).

A estos dos fenómenos, el aumento de la EVN y el del envejecimiento, debemos considerar el **incremento de las institucionalizaciones de los adultos mayores**. Aunque es cierto que la proporción de personas que viven en RLE en nuestro país es muy baja, solo el 1,3% de la totalidad de personas de 60 años y más (CENSO 2010, INDEC), todo indica que también irá en aumento.

Los motivos para este incremento son variados pero pueden resumirse en:

1. Aumento de injurias neurológicas, traumatológicas, metabólicas etc (clínicas)
2. Aumento de las demencias (psiquiátricas).
3. Modificación de la composición familiar que reduce las posibilidades de cuidados domiciliarios.
4. Requerimiento de personal especializado en cuidados gerontológicos.
5. Problemas socio económicos que obligan a cuidados institucionales.

Hasta aquí datos precisos y actualizados que evidencian el aumento de este grupo etario, el incremento de la EVN y a su vez se espera que aumente la institucionalización de muchos de los adultos mayores sin descartar la aparición de nuevas pandemias o el aumento de la mortalidad entre este grupo etario, lo que requiere la imperiosa **necesidad de establecer políticas de cuidado tendientes a mejorar la calidad de vida, y establecer dispositivos preventivos y de acompañamiento en las situaciones de stress que generan las ideas y experiencias sobre la muerte.**

### **Vacío disciplinar y falta de formación en la temática**

En la gran mayoría de las RLE de la ciudad de Bs As no existe un equipo interdisciplinario de salud ni tampoco un espacio o un profesional específico que aborde esta problemática (una especie de vacío técnico-disciplinar), lo que, sumado a la indiferencia de las autoridades institucionales, hace que sea aún más muy difícil abordar la temática.

He observado en todas las RLE, y también en centros de día (CD), que nunca se habla espontáneamente de la muerte (propia o ajena) y en los casos de fallecimientos de alguno de los residentes, se realizan toda clase de artilugios institucionales para ocultarla de la mirada o la escucha de los demás residentes o participantes.

Las necesidades espirituales de los adultos mayores son atendidas esporádicamente por la visita de algún sacerdote o rabino, cuya sola presencia produce inquietud y malos augurios. Así el contacto profundo y sostenido con este aspecto más trascendental queda suspendido, en la intimidad de cada uno.

En los antecedentes se ha dejado en claro que los abordajes musicoterapéuticos en el área de la gerontología vinculados a la muerte son muy escasos y antiguos.

En la revisión bibliográfica realizada por Iturre y Lemos (2019) sobre el abordaje musicoterapéutico de las necesidades espirituales, exclusivamente en pacientes adultos en final de vida, evidenciaron que todos esos antecedentes se referían a experiencias en el extranjero, no encontrándose experiencias documentadas nacionales.

Es lógico pensar que la falta de atención a este tipo de necesidades se debe en gran parte a la falta de formación de los profesionales de la salud en estos temas, siendo las consideraciones éticas de vital importancia, como también lo es la supervisión para atender los límites de la relación con el paciente, y considerar los alcances de la disciplina.

## **Impacto del silencio sobre la salud de los residentes**

Aunque el morir siempre es un proceso individual, es también un acontecimiento social. Por ello es esperable que el fallecimiento de un compañero en la residencia afecte al resto del grupo, pero desde luego no lo hará de la misma manera para todos. Las diferencias dependerán del vínculo establecido con el fallecido, del nivel de conciencia que se tenga de la situación, y de las características y creencias de cada individuo. Al respecto, De la Fuente (2022) cita a Picabia y Antequera-Jurado:

(...) las actitudes y comportamientos que cada persona adopta ante el hecho de la muerte, sea propia o sea ajena, son el resultado de las características y circunstancias individuales, por un lado, y por el otro, del concepto y sentido de la muerte que impera en la sociedad de ese momento y lugar. (p.3)

La muerte siempre nos produce escozor, inquietud, miedo a veces angustia, eso es normal, es esperable, pero hay actitudes frente a ella que pueden causar un impacto muy negativo en la salud. Una de esas actitudes es negarla, y es más nocivo aún si esa negación es sugerida/impuesta desde el afuera.

Este silencio negador, evasivo y esquivo que se teje en torno a la muerte es parte de prácticas institucionales de des-subjetivización de los adultos mayores, una forma de control que se ejerce sobre ellos, y que provoca mayor sufrimiento psico-físico, aumentando la experiencia sombría de la muerte y debilitando las posibilidades de las personas afectadas, en este caso adultos mayores, para expresar y elaborar exitosamente estas situaciones.

Al respecto comenta el Lic. Alfredo Schwarcz (s/f)

En nuestra sociedad existe una tendencia negadora de la muerte, una idea arraigada de la muerte como un fantasma, que si lo nombro de algún modo lo estoy llamando. La experiencia indica que a todo “fantasma” , para perderle el miedo, lo mejor es ponerle nombre y apellido, hablar de él e integrarlo como lo que es: parte de la vida.

Cuando este silenciamiento se instala como un *modus operandi*, podría sospecharse que funciona como un elemento “político”, un disciplinamiento, para que la rutina diaria no se sobresalte ni demande atención que no puede ser dispensada. Sin embargo, más temprano que tarde, trae sus consecuencias: Se reduce las posibilidades expresivas, aparece el mutismo, las posturas cerradas de los cuerpos, los gestos compungidos, las voces entrecortadas, discursos erráticos, cierta inquietud y angustia, a veces trastornos del sueño, inapetencias, malestar en general.

### **1.5. Justificación**

**¿Por qué la musicoterapia puede ocuparse de este silenciamiento, sus consecuencias y su transformación?**

Cuando algún residente nota que un compañero no está y que no hay información clara, sincera y afectuosa, cuando sólo hay pequeños trascendidos, retazos de comentarios, suposiciones y conjeturas, ¿qué opciones le queda a aquel que registró la ausencia del otro? Tal vez teje historias con los fragmentos de lo que escuchó, o pregunte arriesgándose a que le respondan o no, o decide callar, reforzando ese silencio.

Es en ese entrecruzamiento de **silencios externos e internos**, que el musicoterapeuta, entrenado en la escucha, puede intervenir.

La musicoterapia representa, en la especificidad de su escucha, una oportunidad de hacer valer el derecho a ser oído. Y en el contexto de los derechos del paciente es fundamental la articulación con los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (Cassal et al., 2019, p.6)

Por otro lado, el “silencio” es parte esencial de la música, ella no sería nada sin él, y justamente es la materia con la que trabaja el musicoterapeuta.

El silencio es un elemento primordial de la música y por ello pertenece a nuestra disciplina. Es el musicoterapeuta en Argentina el profesional habilitado a ejercer

o intervenir a través de experiencias relacionadas con el sonido y la música (Cassal, 2021)

Considero que ese silencio “sepulcral” puede ser abordado en el espacio de musicoterapia y hacerlo “sonar”, hacerlo manifiesto o transformarlo en silencio significativo, en presencia viva y creativa a través de las propias herramientas discursivas de la disciplina.

Teniendo en cuenta nuestro aspecto social y vincular, la musicoterapia, realiza un aporte fundamental en los procesos subjetivantes de los pacientes.

Nos vamos constituyendo subjetivamente en una trama sonora aún antes del nacimiento, es decir pre-lenguaje. Es esta intersubjetividad sonora a la que apela el musicoterapeuta para enmendar prácticas des-subjetivantes. Pues no se trata aquí simplemente de experiencias musicales sino de la potencia de la sonoridad intersubjetiva, esos intercambios subjetivos dentro de una envoltura sonora (Anzieu D, 1993), en la conformación de un vínculo temprano.

Dice Giacobone (2019) que la música es sólo un objeto, producto y proceso humano que se apoya en la musicalidad, la cual es “*fundante de lo humano*” en etapas tempranas y constructiva del sujeto, en etapas posteriores. Es decir que la subjetivación transcurre en la musicalidad, ésta tiene también como función la comunicación y la corporeidad.

Es el musicoterapeuta el que está entrenado en una escucha particular del material sonoro que crea el paciente, y es quien puede acompañar esa intersonoridad<sup>9</sup>.

En la intersonoridad fundante del sujeto, la escucha hacia y con otro sucede naturalmente. Sucede el sonido, sucede el silencio. Ambas instancias no son una sin la otra, suelen suceder de manera acompasada, danzante (Cassal, et al., 2019, p.4)

---

<sup>9</sup> Intersonoridad: proceso y organización vinculante que es cimiento y andamiaje del desarrollo de la comunicación y la subjetividad.

## La Muerte como Consejera

---

Esta escucha trabajada garantiza el derecho de toda persona a ser escuchada, a escuchar, ya sea sonido, ya sea silencio.

Al abordar esta problemática desde la especificidad de la profesión, se originará (individual o grupalmente) un nuevo material sonoro-corporal que el musicoterapeuta valorará como subjetivo y a su vez, subjetivante

“Una escucha sutil y sensible de la materia sonora que nos trae el sujeto, conformada en una estética peculiar que lo constituye, distingue y construye en el devenir de la vida”. (Cassal et al., 2019, p.4)

En los antecedentes se describieron varios casos y experiencias clínicas que mostraron los aportes de los abordajes musicoterapéuticos para expresar el mundo interno<sup>10</sup>, aliviar angustias, resignificar la vida, mejorar la comunicación con las familias, en un entorno de cuidados paliativos y a pesar de no estar referidos a los adultos mayores institucionalizados, cabe suponer que es posible su extrapolación, como lo describo a continuación en un caso clínico.

La Sra. H, paciente con serias secuelas de un ACV pero con funciones cognitivas relativamente conservadas, había establecido un lazo de amistad con el Sr. I, quien debió ser internado por complicaciones clínicas, a raíz de ellas, fallece. Su ausencia en el grupo se percibía, ya que I era muy participativo, pero nadie preguntaba, nadie comentaba. Es en el espacio de musicoterapia donde H dijo que está muy preocupada por I, porque no volvió y no sabía nada de él. La enfermera ya había manifestado que H comenzó con trastorno del sueño, falta de apetito y manifestaba angustia.

A ésta situación se sumó el resto de los compañeros, alrededor de 5 residentes comentando diferentes versiones, una de ellas era la muerte de I.

Tomé su interés por saber lo ocurrido para informarles la triste noticia. H lloró amargamente reclamando por qué no se lo habían dicho cuando ella preguntó. Le

---

<sup>10</sup> Mundo interno como un sistema, en el que interactúan relaciones y objetos, en una mutua realimentación.

consulté en qué hubiera cambiado si ella lo hubiera sabido y respondió claramente: “*Me hubiera gustado despedirme de él*”. Esta respuesta habilitó la posibilidad de hablar del muerto, mencionar su nombre, recordar algo de su historia en ese lugar, valorar el vínculo construido.

Se abrió el espacio grupal, el diálogo, la reflexión y el canto expresivo. Se lo nombró, se lo recordó, se lo homenajeó con una de las canciones que tanto le gustaban a él y se le dedicó una que expresaba el sentir del grupo: “*Cuando un amigo se va*”, de Alberto Cortez. Luego apareció el Silencio, con mayúscula, con respeto, con sentido. Posteriormente conversamos en cómo le hubiera gustado a I ser recordado, y cómo nos gustaría ser recordados nosotros cuando ya no estemos. También se discutió acerca de los posibles beneficios de recibir noticias, aliento y saludos de los compañeros cuando se está internado, tal vez a través de una nota, una canción, una foto etc.

En las siguientes sesiones, volvió a aparecer el tema de la muerte de I, pero esta vez el clima no se percibía pesado ni sombrío. Varios de los residentes, en especial H, comentó que se sentía mejor, que aún estaba muy triste, pero que de alguna manera se sentía más aliviada.

La enfermera posteriormente mencionó que H volvió a comer (alimento procesado por su condición) y que le habían bajado la dosis de ansiolíticos.

Tuve algunas oportunidades más de experimentar situaciones como éstas, en las que paulatinamente se fue rompiendo el silenciamiento de estos temas en el grupo. Así fue surgiendo la pregunta directriz de este trabajo, las posibles respuestas a estas preguntas derivaron en este proyecto de intervención.

### **1.6. Objetivos**

#### **1.6.1. Objetivo General:**

- ✓ Transformar la experiencia del silencio “sepulcral” a la de un silencio “significante” a través de las herramientas musicoterapéuticas.

## 1.6.2 Objetivo Específicos:

- ✓ Favorecer el corrimiento del adulto mayor, desde un lugar pasivo y des-subjetivante, a una nueva posición dignificada como sujeto expresivo.
- ✓ Reducir las posibles consecuencias del silenciamiento de la muerte.
- ✓ Atender las necesidades espirituales y de resignificación de la vida.
- ✓ Integrar el concepto de la muerte al discurrir de la vida.
- ✓ Conformar un equipo interdisciplinario que acompañe este proyecto

## 1.7 Resultados esperables

- Conformación de un dispositivo para abordar la temática de la muerte.
- Constitución de un espacio de intercambio interdisciplinario con el resto de los profesionales y técnicos que asisten a la institución.
- Colaboración en el desarrollo teórico y metodológico de la Musicoterapia y su labor específica en las vicisitudes de este tema

## 1.8 Marco institucional, beneficiarios y dinámica grupal

La institución para la que se propone este dispositivo de intervención es una residencia de larga estadía (RLE), que también tiene la opción de centro día (los residentes concurren durante algunas horas para realizar actividades o ser asistidos pero no pernoctan en el lugar). Actualmente está conducida por un médico gerontólogo y cuenta con un equipo profesional interdisciplinario compuesto por enfermeros/as, asistentes, médicos, kinesiólogos, nutricionista, musicoterapeutas, terapeuta ocupacional y psicólogas.

Me incorporé a Altos del Boulevard en el 2010 como tallerista con poca carga horaria pero transcurrido el tiempo se agregaron más días y mayor libertad para diseñar las estrategias de abordaje con grupos numerosos y reducidos, como también pacientes puntuales individuales. Posteriormente aceptaron mi propuesta de generar reuniones de equipo interdisciplinario con el fin de trabajar mancomunadamente, realizar aportes

## La Muerte como Consejera

---

específicos disciplinares y generar propuestas de trabajo, siempre con eje en los pacientes y en la actitud profesional colaborativa.

La residencia tiene como propósito la rehabilitación de funciones físicas, la atención de las necesidades clínicas, farmacológicas, terapéuticas y socio-recreativas, y acompaña el proceso de envejecimiento desde una orientación centrada en la persona.

Promueven la interacción de los residentes entre sí y con su entorno, ya que apuestan a la socialización como uno de los motores vitales de los seres humanos, y más aún durante esta etapa evolutiva. Realizan salidas y paseos por los alrededores, organizan actividades para los residentes y sus familias con quienes se intenta tener una relación fluida y colaborativa. También se favorece el contacto con otros actores de la comunidad como ser visitas de niños y jóvenes de escuelas cercanas para realizar actividades intergeneracionales de coordinación conjunta.

La residencia mantiene un acuerdo con la Universidad Abierta Interamericana para que algunos estudiantes de la carrera de musicoterapia, realicen allí sus prácticas clínicas como observadores-participantes, con la supervisión (tutoría) de la profesional a cargo.

La institución incentiva la formación continua de los profesionales solicitando comprobantes de cursos, posgrados, capacitaciones etc. Para adjuntar a los legajos.

Se realizan reuniones de equipo frecuentemente, en la actualidad de modalidad remota, en la que se incluyen: profesionales, talleristas, auxiliares, enfermeros, eventualmente personal administrativo. Dichas reuniones tienen por objetivo intercambiar informaciones sobre los pacientes, sus cuadros clínicos, sus participaciones en las distintas actividades e interacciones. Es allí donde se plantean estrategias de abordaje individual y/o grupal, como también se favorece una mirada integral del paciente y el reconocimiento de los aportes de las disciplinas y saberes del equipo. Se mantiene activo un whatsapp interno grupal para el intercambio de información y consultas entre talleristas y médicos. A través de este medio también se

informan las novedades como nuevos ingresos y egresos, en éste último caso pueden ser internaciones hospitalarias como decesos.

Desde esta impronta institucional se hace más viable la aceptación de esta propuesta de intervención.

Como dije anteriormente, este proyecto también podría ser válido para cualquier otra institución en la que se alojen o se brinden servicios a los adultos mayores.

Desde lo espacial, los encuentros de musicoterapia se desarrollan en un comedor principal, pero existen otros dos comedores más pequeños donde también se realizan sesiones. Es un espacio semi abierto, de tránsito de diferentes personas de la institución (enfermeros, asistentes, cuidadores, administrativos, otros profesionales del staff) y personas externas (familiares y profesionales particulares, podólogos, peluqueros, etc).

Esto dificulta la intimidad de los encuentros, aparecen interrupciones sonoras y visuales, y además la disposición de las mesas y sillas a veces no facilita la grupalidad y el contacto visual entre todos los participantes.

Los **destinatarios principales** de las intervenciones propuestas son los residentes de la institución, quienes son en su mayoría mujeres, en una proporción de 5 a 1 respecto de los hombres. Casi todos ingresan con diagnóstico de deterioro cognitivo, secuelas de ACV, o demencia tipo Alzheimer; son menos los internados traumatológicos, oncológicos y de autodeterminación.

La **dinámica** es casi siempre es grupal y suelen participar entre 6 y 30 adultos mayores con condiciones muy heterogéneas, es decir conviven personas que están para rehabilitación o condiciones clínicas particulares con personas con demencias en distintos grados.

Eventualmente se realiza abordajes individuales cuando por cuestiones clínicas no pueden participar del espacio grupal.

Los encuentros suelen durar entre 1 y 2 horas.

En ellos hay un primer momento de encuentro en donde se intenta hacer participar del espacio a la mayor cantidad de residentes disponibles y es en ese momento en el que se intenta detectar a los “ausentes”.

Luego se continúa con un breve tiempo de “caldeamiento” corporal para lograr la mayor activación física y mental posible.

Se da inicio a la actividad propia del encuentro a partir de emergentes grupales y/o de propuesta ofrecidas por el musicoterapeuta.

Por lo regular se trabaja con actividades sonoro-corporales desde un enfoque de estimulación neurocognitiva, con material audiovisual y de lectura, y también con algunos instrumentos sonoros por lo regular idiófonos, con los que se realizan acompañamientos rítmicos de canciones o improvisaciones sonoras, creación de canciones y canto grupal en diferentes modalidades (por turnos, canon, unísono etc).

Se concluye con un tiempo para reflexionar sobre lo acontecido en el encuentro, expresar y compartir las experiencias vividas y también se manifiestan los objetivos trabajados en la sesión evaluando si resultaron útiles, cerrando así el encuentro.

### **1.9 Marco Teórico:**

Conuerdo con el colega Gauna cuando decía que es necesario encontrar el espacio justo entre el marco teórico y los pacientes para que el primero esté al servicio del segundo, pues de eso se trata una postura ética.

#### **1.9.1. Las instituciones y su doble función subjetivante**

El hombre en su derrotero como ser social ha precisado crear instancias que lo ayuden a dar forma a su desarrollo como especie. Una de estas creaciones humanas son las instituciones. Cumplen varias funciones como las de control, defensa, subsistencia, estabilidad, trascendencia, etc.

Las instituciones acompañan a la especie humana desde sus orígenes. (...) Las instituciones nos protegen del Caos, garantizan una previsibilidad, un campo de certidumbre y una estabilidad. Las instituciones componen nuestro Cosmos. (Melera G. s/f, p.3)

En ese intento de garantizar una previsibilidad y estabilidad surgen, lo que Goffman (2001) llamaba instituciones totales, caracterizadas como:

1. Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
2. Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas
3. Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
4. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr objetivos propios de la institución.

A la vez el autor designa a los asilos y residencias como un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, p.13).

Se puede inferir entonces que un geriátrico-residencia en una institución total.

Para la psicología institucional, las formaciones sociales intervienen decisivamente en la producción de subjetividad. En este sentido Melera (s/f), nos advierte que, “así como la especie humana construye instituciones, las instituciones construyen a la especie humana.” (pp.2,3) Desde ese campo, se plantea entonces que la función de las instituciones no se reduce a un sostén o apuntalamiento psíquico, sino que esas mismas configuraciones psíquicas son el producto de una multiplicidad de

Mta. Stella Maris Urquiza Página 30 de 70

producciones institucionales. Es por ello que afirma que: “las instituciones cumplen una doble función, articuladas lógicamente la una con la otra: una primera función represiva de las pulsiones individuales que insisten en obtener una satisfacción directa en el mundo exterior, (...) pero también una función productiva de actitudes, motivaciones, pensamientos y sensibilidades” (Melera, s/f, p.4).

Ahora bien, ¿qué es la subjetividad que se produce dialécticamente en lo institucional?

La subjetividad se compone situacionalmente, dice Melera, no se apoya en una esencia establecida a priori que se transforma según el curso de la historia. Cada momento histórico engendrará entonces sus modos específicos y particulares de producción de subjetividad.

Esta idea también es compartida, continúa Melera, por otros autores como Félix Guattari para quien la subjetividad se compone *plural y polifónicamente*, resultando un concepto inabordable por enfoques unicausales o deterministas.

Mientras que González Rey asegura que “hay sujeto cuando hay producción de sentido subjetivo asociada a la diferenciación y singularidad, sin lo cual la persona queda anulada por determinaciones externas” (Melera, s/f, p.5).

Es posible establecer entonces que la subjetividad se define a partir de la singularidad y la multiplicidad.

En Micropolíticas, Guattari sostiene que “La producción de subjetividad constituye la materia prima de toda y cualquier producción” (Melera, s/f, p.5). De esta aseveración se puede asegurar que las creaciones sonoro-corporales de los encuentros musicoterapéuticos son producciones subjetivas, a la vez que las acciones institucionales también lo son.

¿Pero toda producción subjetiva es saludable? En respuesta a esta pregunta adhiero a la postura de las intervenciones de la psicología institucional que consiste en la generación de condiciones que posibiliten la producción de subjetividades abiertas y autónomas, susceptibles de poder pensarse a sí mismas no sólo como producto sino como motor de transformación

Podría sospecharse entonces, en base a estos enunciados, que la des-subjetivización también mantienen esta doble afectación, es decir que el proceso de des-subjetivización tiene un polo en la individualidad y otro en la institucionalidad.

A su vez, las subjetividades y las instituciones comparten un atributo insoslayable y una diferencia decisiva: por una parte, ambas constituyen el efecto de una multiplicidad de determinaciones sociales, históricas, culturales y políticas. Pero las instituciones apuntan a su perpetuación eterna e inmodificable, se apoyan en una vocación de permanencia y estabilidad incuestionables. Las subjetividades, por el contrario, tarde o temprano generan las condiciones que posibilitan pensar críticamente tanto las instituciones como las formas de vida que las mismas imponen.(Melera, s/f, p.16)

Es en esta potencia crítica que los sujetos pueden fracturar los modos y las supuestas verdades institucionales.

### **1.9.2. Nuevos modelos de Atención Centrados en la Persona (ACP)**

Desde la proclamación de la nueva concepción de salud, realizada en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization. WHO Constitution. Genova: World Health Organization; 1948) hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública, realizada en la Carta de Ottawa (1986), la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque que sitúa en el centro de la atención a la persona usuaria, defendiendo sus derechos y autodeterminación, respetando sus decisiones, modo de vida y valores.

Propone pasar de un modelo “asistencialista” (control y satisfacciones de las necesidades básicas y beneficencia del estado) a otra perspectiva en la que “las personas son sujetos de derechos sociales, civiles, políticos económicos y culturales” (Allegri, Roqué, et. al). Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación profesional para el equipo socio-sanitario) superando así las concepciones clásicas

hegemónicas. Éstas sostienen un pensamiento “viejistas”<sup>11</sup> que dificultan observar la diversidad, la complejidad y las particularidades que implican el envejecimiento y la vejez.

Aplicado a los servicios gerontológicos, implican flexibilidad en las prácticas profesionales, normas y procedimientos, para atender a cada persona como un ser único, valorando su singularidad y con derecho a tener control efectivo sobre su propia vida (Martínez, 2015).

Bajo la luz de estas nuevas miradas se cambia el término “geriátrico” pues hace referencia a la geriatría, la rama de la medicina que aborda los problemas de salud y enfermedad de las personas mayores. Como no debemos asociar vejez con enfermedad, desde el campo de la gerontología se propuso utilizar el concepto “Residencia de Larga Estadía” (RLE). Los hospitales sí pueden ser geriátricos, debido a que se ocupan del campo de la salud, las RLE son las casas de las personas mayores, donde viven en comunidad, presenten o no enfermedades y deben ser consideradas dentro de los servicios sociales, servicios gerontológicos, no como servicios médicos, y es por eso que el nombre “geriátrico” es incorrecto. (Roqué, 2022, p.13)

No obstante este cambio de denominación, no es garantía de un cambio real, es sabido que muchas instituciones mantienen las antiguas perspectivas e intervenciones. Al respecto reflexiona la Dra Zarebsky “lo siniestro radica también en que la imagen de vejez que nos despierta la entrada a algunos geriátricos nos remite a un espacio inquietante, de diferenciación incierta entre la vida y la muerte: ¿se trata de sujetos o de objetos...? ¿Son seres medio vivos... medio muertos ...? (Zarebsky,2005, p.64)

Destaca que existe una violentación institucional que provoca la agonía del sujeto en aislamiento, alienación e inmovilidad, y que su mundo simbólico se ve achatado como producto de prácticas sociales (Zarebsky, 2005)

Algunas instituciones transmiten la idea de que el viejo no es una persona, no es un sujeto completo, a veces se lo infantiliza y en otras directamente se lo cosifica,

---

<sup>11</sup> Salvarezza se refiere a este término como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos, simplemente en función de su edad. Son adquiridos en la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida.

incurriendo en prácticas **iatrogénicas**<sup>12</sup>. “mediante ese ‘achataamiento’ al cual se lo somete, se ayuda a que la persona se vaya ‘animalizando’, se la empuja hacia la involución y hacia la regresión psíquica. Se la lleva a concentrar su interés en sus necesidades biológicas. (Zarebsky, 2005, p. 66)

Cabe aclarar el concepto de iatrogenia al que se refiere Zarebsky, ya que por lo regular se lo asocia con prácticas médicas que producen daño, y en parte es cierto debido a que es un vocablo griego compuesto por dos palabras: iatro que significa médico y genia, que quiere decir engendrado, generado, producido. Por lo tanto se traduce en la actualidad como: provocado o producido por el médico, y aunque pudiera tener un sentido positivo o negativo, es este último el que la identifica como la afección resultante de un errado comportamiento médico, tratamiento o medicamento. (Lugo, 2011).

No obstante se debe mencionar otro tipo de iatrogenia, más sutil y que puede causar daños irreversibles y prolongados, que es de orden Psicológico.

Se trata de aquella derivada del proceso de comunicación y que actúa sobre la subjetividad del paciente generando una afectación en su personalidad. Se produce en el marco de la relación médico paciente desde la entrevista y durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento. (Pineda Ávila Y, et al, 2019). Consideremos esta relación en las instancias iniciales, examen físico, uso de la información del paciente, medidas terapéuticas, seguimiento, docencia, investigación, etc. Hablamos del vínculo que se establece entre ambos, si se establece un rapport, si hay una aceptación recíproca. Tomando como ejemplo un paciente ingresado, si el médico es distante o poco accesible al consultante, si no lo llama por su nombre, si no le brinda apoyo emocional, sino le brinda información clara teniendo en cuenta sus posibilidades de comprensión, es lógico que no se pueda hablar de una buena relación, lo cual afectará al paciente en su proceso de recuperación.

---

<sup>12</sup> Toda alteración del estado del paciente producida por el médico. (Encarta, 2009)  
Mta. Stella Maris Urquiza

Si en este contexto se puede incurrir en una práctica iatrogénica de orden psicológico, cuánto más puede influir, este modo de atención, en un residente más vulnerable y con una cotidianidad más intensa.

Parecería que las residencias estuvieran al servicio de la muerte (Zarebsky, 2005) y si bien se está intentado la transición a los nuevos modelos, el proceso es lento y muy heterogéneo. Pero como profesionales de la salud debemos abregar para que nuestras acciones tengan una dirección salutogénica, es decir al servicio de la vida.

### **Modelo salutogénico**

La nueva concepción de salud tiene su pilar en el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar. De esta manera los profesionales y las personas se comprometerían mutuamente en un proceso de empoderamiento, de modo que, el papel de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones que permitan a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud

El modelo salutogénico fue creado por el médico y sociólogo Dr. Aaron Antonovsky al analizar las consecuencias del holocausto nazi. Propuso entender la salud como un continuo de salud-enfermedad en cual no es posible que un organismo vivo tenga la salud perfecta o un estado completo de enfermedad, sino que todos tenemos un aspecto saludable dentro de la enfermedad y viceversa, aún en los estados terminales. De esta forma, la salud no es un estado de equilibrio pasivo sino un proceso inestable, de autorregulación y dinámica. Aplicado al campo de la salud, esto significa que la salud debe ser constantemente re-creada.

El modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la promoción de la salud, por tres razones principales: primero, porque el foco está en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; segundo, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, tercero, porque identifica en las personas la capacidad de

comprender, manejar y resignificar los acontecimientos vitales (Rivera de los Santos F. et al, 2011).

En este mismo sentido el Lic. Gauna (1996) se refiere a los núcleos de salud que todo paciente (y toda persona) tiene más allá de un diagnóstico patologizante. Nos invita a trabajar con los aspectos sanos del paciente permitiendo el proceso expresivo y confiando en que esos núcleos de salud, tenderán a asociarse y a relacionarse otorgando a la persona un nuevo sentido. De esta forma considera a la musicoterapia como un proceso de redescubrimiento y afianzamiento de esos “núcleos de salud” entendidos como la capacidad de otorgar sentido a lo propio, a partir del cual se inicia un proceso bidireccional:

Prospectivo: El musicoterapeuta detecta ese aspecto y favorece, acompaña a que se despliegue por la vía del desarrollo expresivo, siendo un proceso continuo en búsqueda y pérdida de su equilibrio, y en cada repetición promueve la aparición de lo nuevo.

Retrospectivo: Lo viejo encuentra un nuevo lugar de significación, el cuál vuelve a estar disponible para nuevas mudanzas en una dirección de salud según el criterio del paciente.

Esta dinámica se retroalimenta como un continuo círculo virtuoso dentro del vínculo terapéutico, y en el encuentro de cuerpo, espacio, sonido y vivencias.

Es por ello que el núcleo de salud se vive como existe, se reconoce comunicándose y se despliega en el accionar del sujeto en el mundo.

### **1.9.3. Percepción de la muerte por parte del anciano**

A veces se considera, en las instituciones, que hablar de un compañero fallecido (lo particular) o de la muerte a la que todos llegaremos (lo general), es “revolver el avispero”, es arriesgarse a que los residentes se angustien o alteren. Suponer que no entienden o que se van a poner mal, que se van a deprimir, es una posición paternalista donde se infantiliza al adulto mayor y se le niega la posibilidad de expresar un dolor que

los hace humanos, es inhabilitar una oportunidad para pensar la propia finitud, para anticipar voluntades y tal vez para honrar la existencia propia y ajena.

Se ha documentado que habitualmente los adultos mayores poseen herramientas de afrontamiento que ya han usado en anteriores experiencias (la muerte de padres, hermanos, a veces cónyuges y hasta hijos). Desde luego que las actitudes frente a este hecho, dependerán de las configuraciones y creencias que el individuo haya tenido a lo largo de su vida.

La Lic. Romero M. (2012), describió las actitudes de los ancianos frente a la muerte muestra tomando de referencia a varios autores que se detallan a continuación:

Herrera (1981) (...) es en la vejez cuando se llega a aceptar la muerte como un proceso natural o algo inevitable, y depende del modo en que la persona haya envejecido.

Según Urraca (1985), las personas ancianas no sólo tienen una percepción de la muerte propia sino que a lo largo de su existencia habrán tenido mayores contactos con personas que han muerto, como parientes, amigos, familiares directos (p.7)

Para Thomas (1991), la muerte del otro se convierte para el anciano en el punto de partida sobre el cual imagina (...) su propia muerte. (p.7)

Salvarezza (1998) asegura que la muerte del cónyuge es la que despierta mayor ansiedad en el anciano. Los ancianos lo comienzan a expresar con cuadros de depresión y ansiedad, de desorientación, de falta de sentido y de propósito de vida (p.8)

Borntein, Clayton y Halikas (1973), se refieren a que el impacto que la muerte ejerce sobre la salud y el equilibrio del anciano hace que éste sea capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento, que le permiten superar este estado, sobre todo cuando se le presta la ayuda precisa. (p.8)

Según Roberto y Stanis (1994) dicen que el anciano suele tener más recursos (internos y externos) de afrontamiento de los que creía y los pone en marcha ante la pérdida de un ser querido. También aseguran que son cruciales las redes de apoyo sociales y emocionales con las que cuente, para moderar la intensidad y el tipo de impacto que esa muerte genere. Un posible efecto, dice la investigadora citando a Roberto y Stanis es la toma de conciencia del propio envejecimiento y de la propia mortalidad, pero también suele adquirir una mayor valoración de la vida (p.8)

### 1.9.4. Necesidades espirituales

Espíritu (del latín *spiritus*) significa “soplo”, “aire”, “aliento” y según Melloni (2014) de la SECPAL<sup>13</sup>, el término hace referencia a “la experiencia tal vez más tangible que tenemos de lo intangible”. Es justamente como el aire que, aún sin percibirlo, continuamente nos está dando vida. Comparto profundamente su definición de espiritualidad entendiéndola como:

El cultivo de esta dimensión permite tomar distancia de las situaciones sin diluirse en ellas y redimensionarlas ante el horizonte del Misterio, sin reducirlo. Este misterio está albergado en cada uno y cada cual debe encontrar las claves para descubrirlo y desplegarlo. Aunque es inasible, está siempre disponible en su inaccesibilidad, antes y después del lenguaje con el que lo podemos identificar (p.40)

Las necesidades espirituales, si bien no son un terreno exclusivo de la disciplina, se evidencia un crecimiento de esta temática dentro de nuestra práctica profesional. Así quedó expuesto en el apartado de los antecedentes.

Si bien no hay consenso respecto al término “**espiritualidad**”, ya que depende de la diversidad de las personas y sus culturas, y por su asociación al término “religiosidad”, Iturri. y Lemos (2019) proponen la unificación de dichos elementos de la siguiente manera:

---

<sup>13</sup> Sociedad Española de Cuidados Paliativos  
Mta. Stella Maris Urquiza

La espiritualidad es: “Una experiencia individual que supone un proceso de transformación en la cual el sujeto busca dar sentido a su vida y conectarse con sí mismo, con los demás, y con lo trascendente.” (p. 36)

A su vez Melloni (2014), realiza esta distinción: “Las religiones son marcos interpretativo, más o menos institucionales, que custodian una determinada experiencia de lo sagrado. La espiritualidad es esa experiencia” (p.40)

A pesar de lo confuso que puede resultar el término “espiritualidad”, es una realidad que, dentro del ámbito de los cuidados paliativos, se atienden las necesidades fisiológicas, psicosociales, cognitivas y espirituales. Así lo explican estos colegas:

La música puede ofrecer medios creativos, simbólicos y poéticos para abordar necesidades existenciales y espirituales durante el proceso de morir (Brandt & Dileo 2010). Sin embargo, no sólo la música ofrece tales medios, sino que es el musicoterapeuta quien facilita el que esto suceda, al interior de la relación terapéutica. (Iturri. y Lemos, 2019, p.2)

El musicoterapeuta percibe esta “actitud básica antropológica”, dicha percepción puede ser utilizada para apoyar a los pacientes a expresarse, y dar espacio a esta dimensión humana elemental de la realidad, en la cual se sienten vistos, escuchados y comprendidos, de forma no verbal, a través de la música. (p. 10)

El profesional debe tener en cuenta, seriamente, las limitaciones de su intervenir para que no devengan en un “interferir”, esto es una posición ética. Considerar una derivación a otro profesional, trabajar en la supervisión o suspender las acciones pueden ser, a veces, la mejor de las acciones.

### 1.9.5. El musicoterapeuta y sus herramientas en el proceso de subjetivación

Los aportes de la musicoterapia en este grupo etario se han detallado en numerosos escritos y no hay duda de que colaboran con la rehabilitación, la sociabilización, la cognición, la expresividad y el bienestar en general de este grupo.

A estos beneficios se debe agregar el **carácter preventivo** de las intervenciones, ya que al trabajar con una comunidad que puede considerarse “vulnerable” o al menos en condiciones desfavorables, nuestra labor también consistirá en detectar tempranamente problemáticas vinculadas a la salud psíquica, biológica, funcional o social. A la vez procurar preservar la integridad y dar contención en las situaciones de alto estrés. Acompañamiento y sostén básico. (Frigoli, 2012)

A este posicionamiento adhieren Pellizzari-Rodríguez, (2005) refiriendo que “la función del musicoterapeuta [en el área de prevención] es potenciar los rasgos “sanos” de un sujeto o grupo detectando, asimismo, factores de “riesgo involucrados”, implementando técnicas de sensibilización sonoro-expresivas. Su rol profesional no es directivo, sino más bien de “guía” y orientador de procesos” (pp 82-83).

Advierte el Lic en trabajo social D. Zolotow (2014) sobre las vicisitudes de la práctica profesional con adultos mayores, que uno de los obstáculos epistemológicos (vinculados a los aspectos cognitivos) se manifiestan en nuestras intervenciones cuando éstas, están condicionadas por nuestros prejuicios, desconocimientos y temores, por ejemplo tenemos temor a conversar sobre la muerte.

También se refiere a los obstáculos epistemofílicos (impedimento de orden emocional del sujeto). La propia historia, sus creencias, saberes previos, valores y hasta prejuicios inciden en su “cómo” hacer. Por ejemplo cuando desempeñamos un rol paternal y no profesional, damos consejos o sugerencias, sin tener los suficientes datos y sin saber cómo lo recibirá el paciente, o cuando no hemos hecho los propios duelos y elaboraciones sobre nuestras propias pérdidas. Cuando mencionar el tema de la muerte es tabú.

Y además están los obstáculos del contexto, que se refieren al medio social y la formación de subjetividad. Se manifiestan cuando por ejemplo, las personas viejas son consideradas una carga y sólo se piensa en asistir y no en promocionar la salud y el buen envejecer.

El profesional debe entrenarse en **la observación y la escucha de los emergentes**, entendiendo éstos como esos acontecimientos que portan una cualidad de decir, de sugerir, de marcar una señal de ese recorrido. La Lic. N. Alvarez destaca:

Es indispensable que la escucha y la mirada del musicoterapeuta estén atentas a la emergencia de la singularidad, a brotes de creación, a gérmenes de libertad creadora, que “deje lugar” a lo inesperado, a lo incierto, aleatorio, eventual, circunstancial, accidental, casual, es decir, a la contingencia. Y allí donde sospechamos que la sujeción domina a la expresión, donde creemos escuchar el padecimiento, también emergerá una lectura (interpretación) que devenga en una actitud del musicoterapeuta (intervención) (Alvarez N., 2017, p. 6 ).

Como profesionales de la salud es necesario observar con una mirada atenta, detectando todo aquello que no se expresa con palabras: gestos, posiciones corporales, miradas, distribución en el espacio, quiénes están y quiénes no.

El musicoterapeuta debe estar dispuesto a escuchar, tanto sea la palabra concreta o los sonidos que en el espacio del encuentro aparezcan: suspiros, quejas, llantos, chasquidos, golpes, silencios, etc. **“Escuchar al otro. Escuchar lo otro.”** (Langan, 2005, p.41)

Esta escucha debe ser holística, integral teniendo en cuenta que un sujeto, aún con demencia y más allá de los déficits, es un sujeto, una persona humana, porque la enfermedad no es una entidad en sí misma.

Es imprescindible una actitud de apertura a lo que acontece, a la vez de una sensibilidad para reconocer cuáles son los valores y creencias personales y culturales de

sus pacientes. Es preciso el conocimiento del grupo de personas con las que trabaja y establecer un vínculo terapéutico con ellos.

Por último, y no menos importante, Iturri, y Lemos (2019) destacan la sugerencia de Barton & Watson (2013) **de supervisar** cuando se trabaja en este abordaje para que sea capaz de identificar cuándo y cómo sus creencias religiosas pueden sostener o no su práctica profesional

Desde la concepción de **ACP**, la posición flexible es fundamental para poner en primer plano las necesidades de los residentes sin imponer las propias. Se debe considerar que el musicoterapeuta también tiene sus creencias acerca de la vida y la muerte, tiene más o menos trabajada su espiritualidad, tal vez apoyada en concepciones religiosas o no, y que frecuentemente es “afectado” por las intervenciones con sus pacientes.

Según las investigaciones de Iturre y Lemos (2019 citando a Barton y Watson) Los terapeutas utilizan su espiritualidad como un recurso en su trabajo y que la música está intrínsecamente ligada a la espiritualidad para muchos de los participantes. Las autoras llegaron a la conclusión de que la espiritualidad puede ser algo muy rico, de lo que tanto el terapeuta como el paciente podrían beneficiarse.

Y citando a Arnason afirman que los musicoterapeutas, para ser eficaces en su práctica clínica, necesitan ser sensibles a los valores espirituales de los clientes, y que el enfoque terapéutico busque reconocer y entender la vida interior de los clientes.

De allí se destaca la capacidad de la disciplina para facilitar la emergencia de significados profundos, y de la belleza en medio del dolor y el sufrimiento, de manera de generar las condiciones para transformar la experiencia y el contexto. A la vez debe evitar interferir con sus creencias en las de sus pacientes.

Otro punto muy importante es que el terapeuta se conozca a sí mismo, sepa cuáles son sus prejuicios y tenga en claro su posicionamiento con respecto a su propia

espiritualidad. La autora afirma que cuanto más firme y claro sea dicho posicionamiento, mayor será la eficacia a la hora de trabajar

Nuevamente Iturri y Lemos (2019) citando a Even Ruud, propone a los musicoterapeutas que sean conscientes de su identidad musical personal, y que incrementen sus saberes culturales y su historia personal, por medio del reconocimiento del rol de la música en experiencias significativas: *“Esta sensibilidad puede ser una herramienta única para los musicoterapeutas” (Robbins 2011, p. 186) (p.30)*

Otro aspecto primordial para el ejercicio profesional es **el encuadre** pues sin su delimitación es imposible la tarea. Debe ser un espacio apto para la contención, la escucha y la comprensión de los pacientes. El encuadre tiene una doble función: limita y contiene, marca el terreno de lo posible y de lo prohibido, da permiso y restringe. Es en el tiempo-espacio musicoterapéutico, sacralizado de alguna manera en los términos de Mircea Eliade (1998), *“Un lugar sagrado, constituye una ruptura en la homogeneidad del espacio” (p.32)* en el que la singularidad del sujeto tiene permiso para ejercer su derecho a ser escuchado, a expresarse creativamente, a ser sostenido en su subjetividad tanto por el grupo como por el musicoterapeuta. Este espacio de contención, debe ser un resguardo para la intimidad, potenciador del deseo y favorecedor de la producción artística personal y grupal. *“Instalarse en un territorio viene a ser consagrarlo” (Eliade, 1998)*

Es oportuna la cita de Iturri y Lemos (2019) que mencionan la idea de “espacio seguro/sagrado”, el cual se relaciona al “espacio musical” definido por Kenny (citada en Squires, 2011), como un entorno creado a través de la relación entre el terapeuta, el cliente y la música. Según, Squires, algunos pacientes pueden beneficiarse de la contención de un "espacio sagrado", el cual podría incluir elementos importantes para el paciente y la música o el arte. (p.19)

El Lic. Marcos Vidret (2002 p.2) refiere al concepto de “segurizante” y de generar un espacio afectivo para ayudar en la resignificación de situaciones de pérdida. Mientras que el Lic. E. Nicolaas plantea el área de musicoterapia como el sitio donde poder ser, donde poder estar y donde poder transitar. El Lic. G. Langan considera la Mta. Stella Maris Urquiza

sesión de musicoterapia como: “Territorio de encuentro, territorio de seguridad, territorio donde puedo, territorio donde suceden cosas” (Langan 2005)

### 1.9.6. Del silencio sepulcral al significativo

Se planteó como situación problemática el **silencio sepulcral** que habitualmente aparece en torno a la muerte, y en la justificación se hizo referencia a que el silencio es material propio de la música y por ende a la musicoterapia. En este apartado quisiera exponer los fundamentos del devenir de este concepto hacia un **silencio significativo**.

Desde la teoría de la comunicación (Watzlawick, 1974) sabemos que todo comportamiento es una forma de comunicación. Incluso, estar en silencio implica una información, por eso es imposible la no comunicación. Siempre el silencio es portador de “algo” de un significado. La lic Frigoli (2010), lo considera como parte de la manifestación del paciente, y toma lo dicho por el Dr. Rolando Benenzon (2005)

El silencio es el aspecto más vulnerable de la comunicación no verbal. El Musicoterapeuta debe trabajar especialmente con el silencio. Escuchar es una función que se basa en la relación de contraste entre el silencio y el sonido. Un buen Musicoterapeuta es el que sabe escuchar y manejar los silencios. (p.37)

También cita a Pellizzari (2005) quien postula que el silencio es una forma de expresión del paciente de escucharse, reconocerse y reconocer al otro, que a la vez trae intimidad, lo que sería un destino posible para las emociones.

Hay un momento fundamental en que el musicoterapeuta debe hacer silencio, aquietar-se, silenciar-se, para lograr la disponibilidad para la escucha, y desde allí hacer sus recortes, sus cribaciones. Para luego adentrarse al enigma.

Serra Vila M., (2015) asegura que el silencio nos da espacio para respirar, y permiso para entrar en la música, pues es desde allí que surge el sonido y la creación,  
Mta. Stella Maris Urquiza

transitando todos los momentos de ella, tanto antes, durante y después de la música. Antes, para crear. Durante, para respirar, digerir, articular, hacer una pausa y seguir. Después, para integrar.

Mientras que Banfi, (2005) dice que:

Sostenemos una ética del silencio. Lo que el musicoterapeuta procura sumergir en el silencio no es su voz, su afectividad, o su música sino su saber, accediendo entonces a la potencia que otorgan los actos posibles. Eso intenta habilitar con el otro. Una oportunidad. (p. 11)

En ese mismo sentido Frigoli (2010) postula que: “El silencio representa una apertura a la creatividad del paciente. El silencio provoca la aceptación del otro y la diferenciación entre el yo y el no – yo” ( p. 38).

Rodríguez Espada (2016) nos invita a gestionar el silencio: “Cultivar agenciamientos silenciosos, lugares fácticos donde quedarse un rato, sin predicados, percibiendo”.(p.36)

### **1.9.7. Trabajo en los intersticios, fisura y fuga.**

En el apartado de los fundamentos, me referí al impacto del silencio sobre los residentes como prácticas institucionales des subjetivantes tendientes a mantener el control de la población residente y que a veces se pretende que la música sea parte de ese disciplinamiento.

Es en la trama vincular que puede acontecer el sufrimiento o el alivio, y las intervenciones son una invitación al vínculo terapéutico. Rodríguez Espada (2016) asegura que el disciplinamiento del vínculo “es el que sostiene el sufrimiento del sujeto, y es la apertura de ese rigor sufriente a favor de la alternativa estética lo que lo diluye y deja advenir el alivio. Ese alivio es vínculo” (p.25)

Y es posible esta apertura, como una posibilidad, cuando el espacio de musicoterapia pasa de “recreativo”, a transformarse en “terapéutico”. En este punto es oportuna la propuesta de Di Prinzio (2012) de pasar de la “recreación” a la “re-creación” y la denomina como “*Intervención re- creativa- terapéutica*”, en donde a través del consenso y el intercambio se abre el juego a la participación y al vínculo terapéutico.

De esta manera se logra fisurar la pretensión de estabilidad y previsibilidad que caracteriza a una institución total.

Sería una vuelta a la creación, una re- elaboración del presente a partir de circunstancias ya vividas para que la vida cobre nuevos sentidos y se puedan encontrar nuevas herramientas y fortalezas para adaptarse así a la situación actual. (Di Prinzio, 2012, p.6)

Esta propuesta de re-creación lejos de pensarla desde un lugar positivista, en términos de “hacer-hacer” (Barreto, 2010) donde se intenta que el paciente haga y se entretenga, que haga y no moleste, que haga y no se deprima, la música, o mejor dicho la musicalidad viene a sostener identidad y por tanto subjetividad.

Según la colega Cassal (2019) la “musicalidad conforma huellas mnémicas y, aquellos modos primordiales y el objeto música que erigieron los procesos identitarios, poseen ligados una emoción o recuerdo concomitante” ( p.2).

Se puede vislumbrar que las intervenciones tienen una dirección desde lo recreativo (como modo de control) a lo terapéutico (como generador de salud), y así lo expresa Rodríguez Espada (2016) cuando afirma que "Lo terapéutico sería aquello que obra allí donde el sentido está clausurado (...) pensar la salud como

abierta a lo posible, pasa entonces a ligarse con lo ético (...) pensar la salud desde la estética es pensar lo sano como lo artístico."

Este corrimiento puede ser leído desde Deleuzze citado por Rodríguez Espada (2016) al describir las "*Líneas de fuga*" como elemento clínico central: "La fuga siempre es deriva (...) La deriva entonces, es en-el-vínculo. El musicoterapeuta fuga con el otro, que es el que sabe conducir la errancia, y acompaña, contiene, produce cooperativamente, aloja en ocasiones y cuando es necesario al otro (...) Esta errancia es un viaje **abductivo**: Reterritorialización permanente (...) No se deriva hacia infinitas posiciones sino hacia allí donde es posible." (p.26.)

Estos son conceptos relevantes que fundamentan las propuestas de este proyecto, muestran las posibilidades de transformación de un "estado" de cosas y sujetos fijos, silentes y controlados a un nuevo territorio de posibilidades, en donde no hay a priori un sitio fijo al que llegar, sino un devenir de espacios y significados, cuya verdad son sólo propias de cada sujeto y a la vez pasibles de nuevos rumbos.

### **Improvisación libre**

Considerada dentro del pensamiento estético como el Principio y madre de la clínica estética en Musicoterapia. (Rodríguez Espada, 2016)

La improvisación sólo puede acontecer cuando se ha acallado el **diálogo interno**, el nuestro, cuando somos capaces de suspender nuestros juicios, nuestra pretensión de saber lo que al otro le pasa, lo que el otro puede, y desde ese silencio adentrarnos al misterio. En ese territorio, en el que el discurso sonoro acontece, es posible la co-construcción de nuevas percepciones, es lugar de mudanzas.

Este acontecimiento ocurre, dice Espada citando a Mc Donald, en una Tercera zona. que no es el discurso del musicoterapeuta ni es el del paciente, que es una tercera persona inmanente al vínculo y solo posible en ese vínculo, es decir enlaces producidos

Mta. Stella Maris Urquiza

en el trámite clínico en el que el musicoterapeuta ha prestado su subjetividad al ensayo de alternativas colectivas con el/ los sujetos pacientes.(p. 26)

Y nuevamente el acto creativo, no sólo como la creación de un material sonoro-corporal, sino como re-creación de un sujeto dinámico, activo y protagonista. Iturri y Lemos (2019) citando a Banfi destacan que:

(...) el acto musicoterapéutico, es un hecho estético, es decir, sensible, material y formal. La música puede pensarse siempre como una improvisación. Desde esta perspectiva, se apuesta al surgimiento de lo creativo jugando con la posibilidad de una transformación, de la invención de algo que no estaba en lo sonoro y, por ende, en las subjetividades. (p.6.)

*La muerte nos pone irremediabilmente ante el misterio de la vida, nos impone silencio, vacío, reflexión inevitable. Y desde ahí, desde el vacío y la reflexión, desde el desgarró y la crisis, la muerte nos enseña a vivir.*

(J.C.Bermejo)

## PARTE II

### LAS INTERVENCIONES

*“El puente entre lo siniestro y lo maravilloso es la vivencia estética”*

Kesselman Hernán-Espacios y creatividad

Desentramar el silencio que pesa sobre la muerte e integrarlo al discurrir de la vida, requiere un trabajo constante, paciente y consciente. Y seguramente no será un trabajo unilateral, ni unidireccional, requerirá de una dialéctica entre el musicoterapeuta y el grupo-paciente. Será como un viaje a lo desconocido, a lo misterioso, es por ello que estas intervenciones tienen el carácter de “recorrido” y como en todo recorrido habrá señales, indicios y por qué no, también intuiciones, lecturas sutiles de los datos que el mismo recorrido dice de sí mismo.

El dispositivo propone, dos instancias de intervención, una permanente de carácter mensual que se desarrollará a lo largo de todo el año y otro eventual y puntual en la medida que surge el emergente, es decir la demanda de algún residente o la lectura de un malestar por el fallecimiento de algún residente.

#### **Instancia de intervención permanente: Taller mensual “La muerte como inspiradora”**

En estos encuentros grupales y mensuales se desarrollarán distintas actividades que tengan como eje el tema de la muerte propiciando un espacio para la reflexión, el intercambio y la acción, los mismos tendrán una duración entre una y dos horas.

Si bien esta propuesta mensual parecería no tener una impronta de especificidad, es en esta diversidad que tiene su efecto. Al abarcar distintas áreas del arte, la salud y la cultura en general, puede convocar el interés en la heterogeneidad de la población a la que está destinada. A la vez la co-coordinación con otros profesionales del equipo

## La Muerte como Consejera

---

interdisciplinario o actores sociales relevantes, ayudarán a consolidar un equipo de trabajo y a alentar la formación en esta temática.

A continuación se listan y describen brevemente cada una de las herramientas que se utilizarán como disparadores en cada uno de los encuentros.

### ENCUENTROS LITERARIOS

Lectura de cuentos, capítulos de novelas, ensayos, poesías, que permitan analizar, reflexionar y componer o re-componer una narración individual o colectiva.

### CINE DEBATE:

Proyección de películas, cortos o documentales que permitan analizar, reflexionar e inspirar a los participantes.

### ARTES ESCÉNICAS:

Proyección o presentación de obras de teatro, óperas, danzas, títeres etc., que favorezcan la comprensión y reflexión de las escenas, identificación con los personajes, juegos de roles, expresión a través del movimiento corporal y/o la re-elaboración de la propia autobiografía.

### MÚSICA INSPIRADORA:

Audición de música instrumental o cantada, editada o en vivo, que permitan analizar, reflexionar, expresar sentimientos y deseos, a través de la composición colectiva de canciones o improvisaciones sonoras.

### ARTE PLÁSTICAS:

Exposición de fotografías, pinturas, esculturas, dibujos etc que permitan observar, reflexionar y plasmar sentimientos y deseos en una composición plástica individual o colectiva.

### RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD

Presentación de personalidades invitadas o material audiovisual que permitan conocer distintas filosofías, cosmogonías y posturas sobre la vida y la muerte para analizar y reflexionar.

Estos recursos artísticos y filosóficos oficiarán como disparadores que serán tomados por el musicoterapeuta desde su especificidad, movilizándolo el material emergido en estos encuentros hacia objetivos terapéuticos.

Es decir el transicionar de una supuesta “actividad recreativa”, (leer un cuento, mirar una película, dibujar etc), a una propuesta “re-creativa”, en los términos de la Lic. Alvarez (2017), ya desarrollados anteriormente.

El recurso musical estará siempre presente y disponible para enlazar las producciones de los residentes ya sea en la composición de canciones, la musicalización de una narración o poema, el sostén de expresiones corporales o escénicas, las improvisaciones sonoras y vocales, etc.

### **Instancia de intervención eventual: “La muerte Aquí y ahora”**

Esta instancia se desarrollará en paralelo a la primera, que es de carácter permanente, cuando ocurra un deceso. Para este momento se propone un abordaje inicial desde la palabra y a través de distintas acciones disparadoras que permitan reconocer, nombrar, recordar y honrar, a la persona que ya no está en el grupo e integrar las emociones y sentimientos que vayan emergiendo.

Elijo la palabra “acciones” en lugar de “actividades” tomando las siguientes consideraciones de la Lic. Alvarez (2017):

Toda acción del musicoterapeuta, intencionada o no, podrá tener repercusiones sobre la actitud del paciente, aunque aquí entendemos que la verdadera intervención es una acción (la abstinencia también lo es) mediada por un pensamiento estratégico que prioriza los objetivos planteados de manera

particular para cada caso, al contrario de la actividad o programa planificados a priori. (p.6)

### **A modo de recorrido:**

#### 1 er. Momento

Sin bien se encuadra como “primer momento”, cada una de estas pautas deben estar presentes durante todo el recorrido de la sesión, ya que permite percibir, recabar y movilizar material sensible para direccionar las intervenciones, las que no están planificadas a priori, sino que se van ajustando en tanto lo “emergente” acontezca.

Esa es una de las propuestas de Gauna (2009) a la que adhiero cuando invita a no pensar en términos de planificación (...), sino “*pensar estratégicamente*”, trabajar con la incertidumbre, actuar y pensar en la incertidumbre, ya que la estrategia es plausible de ser modificada en función de nuevas informaciones, azares, acontecimiento.

#### *La pregunta:*

La pregunta siempre es la llave que abre, que habilita un espacio, un decir, una expresión. Por lo tanto conviene que sean preguntas direccionadas a reconocerse, a corroborar si hay alguna ausencia y por qué.

Esta pregunta invita a mirarse, a reconocerse, a recordarse, a veces no los nombres pero sí las ubicaciones (el que siempre está mirando por la ventana, o está cerca del baño), las características de la persona (la sra. que siempre teje, la que lee el diario, el que habla fuerte).

Nos ayuda a chequear la Mutua Representación Interna (M.R.I.)<sup>14</sup> de los participantes, dando indicios del nivel vincular que han construido. De esta manera pueden notar la ausencia de algún compañero.

Preguntas pertinentes que nos permita chequear la disponibilidad del grupo para develar los motivos de la ausencia. Es uno de los puntos más importantes del encuentro.

### *La espera*

Cultivar una actitud de serena espera, no expectación que anula todo aquello que cae por fuera de ella. Saber esperar las respuestas tanto verbales como corporales para poder “leerlas”, “sentirlas”, detectar en ellas los signos que nos guiarán en un u otra dirección. Es un tiempo que se resguarda para que el paciente ejerza su derecho de sujeto singular. Nuevamente la escucha y la espera: *La escucha como contemplación* (G.Langan, 2007)

## 2 do. Momento

### *El consenso*

Es fundamental considerar las características de las personas que integran el grupo. Por lo general, muchas de ellas están afectadas por deterioros cognitivos de diferentes grados, injurias neurológicas y otras patologías mentales que dificultan el reconocimiento del otro y muchas veces comprender o expresar el impacto que la muerte del compañero pudiera provocarles.

Es necesario tener en cuenta el interés de los participantes por desarrollar este tema, reflexionar, expresar, transformar, etc., pues no es válida nuestra pretensión de echar luz sobre la incertidumbre, si el grupo realmente no lo demanda. Respetar el deseo y el tiempo del otro es imprescindible para ejercer una práctica ética y respetuosa de derechos. Aspecto que se ha desarrollado tanto en los antecedentes como en la fundamentación teórica.

---

<sup>14</sup> MRI refiere a la recíproca internalización que se produce en los integrantes del grupo y que produce la vivencia del 'nosotros', es decir, la existencia de la trama vincular

## 3 er. Momento

### *Ruptura-De-construcción-Co-construcción*

Cuando el grupo da el consentimiento, comienza la De-construcción del entramado que sostiene el silenciamiento de la muerte y sus consecuencias, y habilita la Co construcción de un espacio para reflexionar, para expresar, para despedir, para honrar.

### *Las Alternativas:*

Las alternativas que se ofrecerán dependerán de los emergentes que aparezcan en la dinámica de la sesión grupal, pero ellas deberán orientarse a dinamizar el mundo interno de los participantes, a la expresión de las emociones a través de la voz, el cuerpo, y las herramientas artísticas.

La Lic. Alvarez (2017) asegura que no existe hechos sino sólo interpretaciones, en el proceso terapéutico se irán construyendo hipótesis de trabajo que guiarán esas interpretaciones y les darán posibles direcciones, para acompañar a la persona a salir de lo estereotipado, lo repetitivo y que se genere otra posibilidad, una nueva estética de la existencia como práctica de libertad, al decir de Foucault (1994).

Si bien estas breves descripciones parecieran tener un orden o una organización en el tiempo, la realidad es que éstas propuestas son libres, y no necesariamente son ofrecidas por el coordinador, sino que a veces son los propios participantes los que podrían proponerlas o pueden aparecer espontáneamente.

### *Las propuestas*

Como se dijo anteriormente, pueden ser ofrecidas por el coordinador/a o por los propios participantes, pero al ser desencadenado por el fallecimiento de un/a compañero/a, se podría comenzar con lo que Ariès denomina el “culto al recuerdo”, cuyo foco está en conservar la identidad del difunto.

Se sabe que hablar del muerto es una forma de expresar el dolor por la pérdida y también una manera de recordarlo, destacando, por lo regular, sus cualidades y virtudes

Uno de los temores más recurrentes de esta población ante la muerte, es la sensación de soledad, la pérdida de la identidad y el miedo al sufrimiento. Por ello las anécdotas y relatos episódicos compartidos con el grupo refuerzan la identidad grupal, a la vez que se valora la pertenencia al mismo. Los nuevos vínculos establecidos son un indicador de salud en la esfera social, por lo tanto es muy positivo destacarlos.

### **Canciones con foco en las letras**

Este tipo de canciones permiten asociar la letra con los sentimientos experimentados por la pérdida de un compañero. Podrían ser canciones interpretadas por el grupo con utilización de cancionero, o escuchadas atentamente para luego reflexionar sobre las mismas o sobre el ausente. Ejemplo: *Cuando un amigo se va*.

### **Canción homenaje**

Estas canciones se dedican al fallecido, pueden ser canciones o expresiones musicales grabadas que identifican a la persona, ya sea porque las cantaba o porque le gusta escucharlas. A veces la letra está vinculada con alguna característica de la persona o de su historia personal o su impacto en el grupo. Ejemplos: *Adiós muchachos*. *Resistiré*. *Adiós con el corazón*, *La Martiniana*, etc.

### **Creación de canciones**

La experiencia de crear canciones tiene una importante función grupal, pues a través del acto creativo conjunto se va personalizando un decir acerca de los sentimientos que se experimentan, tal vez un deseo hacia el ausente o hacia el propio grupo. Éstas también pueden ayudar a reflexionar sobre la vida, la muerte, la trascendencia etc. Pueden incluirse en ellas el nombre del fallecido, su origen o su personalidad. En esta instancia se convierte en una canción de homenaje más personalizada, que a veces representan momentos importantes, eventos y relaciones en sus vidas o con el mismo grupo.

Algunos autores la mencionan como *Songwriting* (Clements-Cortes, 2015) como una técnica de composición que involucra la escritura de la letra y la música pero puede simplificarse cambiando la letra de una canción existente.

### **Canción legado**

Ocasionalmente el fallecido pudo haber tenido un proceso de agonía hasta su muerte, esto suele ocurrir con enfermedades que amenazan considerablemente la vida. Durante ese tiempo el enfermo que estuvo acompañado por un musicoterapeuta, pudo haber compuesto “su canción” de despedida para su familia y/o amigos, o haber dado directivas para que sea despedido con alguna música de su preferencia. Esa canción o música especial, es interpretada o escuchada por el grupo, como receptores de las últimas voluntades de sus compañeros.

### **Improvisación sonora**

La improvisación libre es La herramienta musicoterapéutica por excelencia como se destacó en el marco teórico. *Es el paradigma de ese acontecer de alternativas estéticas* a decir de Rodríguez Espada (2016). A través de ella se moviliza el mundo interno de los participantes sin la intervención necesaria de la palabra, la “interpretación” o la “lógica”. Es un acto creativo, una producción subjetivante, pues en ella operan cambios, transformaciones que constituyen posibilidades diversas del ser. (Banfi, 2005).

Para algunos pacientes es extremadamente útil para entrar en contacto con aspectos más trascendentales, como lo asegura Arnason, citado por Iturre y Lemos (2019): “La naturaleza indefinida de la improvisación tiene similitudes con la experiencia espiritual”. En esta primera reflexión, la autora menciona la naturaleza de la improvisación como una experiencia fluida y evanescente, en la que la percepción del tiempo por parte de quien improvisa, se ve modificada, y sostiene que: “La experiencia de la música de improvisación engendra diferentes niveles del ser e inspira a los cambios en la conciencia.” (p.21)

## La Muerte como Consejera

---

La improvisación puede ser exclusivamente instrumental, en ese caso, se invita a los participantes a elegir instrumentos musicales de su agrado, teniendo en cuenta las posibilidades de manipulación y la opción de realizar adaptaciones o brindar apoyos para su utilización. También es conveniente contar con instrumentos melódicos además de idiófonos o percusivos. Se desaconseja el uso de instrumentos de viento por razones sanitarias.

También puede incluirse la voz de los participantes ya que ésta ofrece una sensación especial, de íntimo contacto y apoyo. La voz es el soporte material del habla y conductor de sentidos, como musicoterapeuta necesitamos escuchar en esas voces no sólo lo que se dice sino el cómo se dice. Sus cualidades sonoras de intensidad, textura, tono, altura, prosodia, musicalidad etc., nos darán información sobre los estados anímicos. Y sin ánimo de interpretar podemos realizar aportes y atender a la música que canta en las palabras, obrar desde y hacia esa música. (Banfi, 2005)

La voz puede aparecer como palabras sueltas, como frases, como sonidos (guturales, armónicos, etc.), o como fonemas. A partir de la voz se logra conectar con la respiración, el cuerpo y las emociones, de esta manera el trabajo vocal, dicen Iturre y Lemos (2019) citando a Austin y Magill, puede ser visto como una experiencia espiritual intensa ya que tiene acceso a los sentimientos más profundos de miedo, dolor y enojo, y ayuda a que uno se ponga en contacto con cualidades espirituales y transpersonales de la vida. (p.22)

**GIM** (Guided Imagery and Music)<sup>15</sup> es una técnica creada por la Doctora Hellen Bonny en los años 70 en EEUU, incluida dentro de la modalidad de musicoterapia receptiva, y provee un medio para facilitar la revisión de la vida y el crecimiento espiritual. Se utiliza básicamente música grabada seleccionada con fines terapéuticos y se guía a los participantes a una serie de visualizaciones para lograr la relajación, la clarificación de ideas, la conexión con lo superior o trascendental.

---

<sup>15</sup> Definida como una terapia de transformación que utiliza música específicamente programada para estimular, apoyar dinámicamente y desarrollar experiencias internas al servicio de la integración global de la persona, física, psicológica y espiritual" (Asociation for Music and Imagery, 1990)

### **El cuerpo en movimiento, expresión corporal**

El cuerpo es el soporte de nuestras emociones y facilitador de nuestra expresividad, es por ello que no se debería descartar la posibilidad de trabajar directamente con la exploración de éste y sus posibilidades.

La apertura de lo propioceptivo facilita entrar en contacto, tanto con el propio cuerpo como con lo que acontece. Para ello el silencio y la relajación son requisito.

De esta manera pueden identificarse tensiones, malestares, incomodidades como también la necesidad de expandirse, de cerrarse, de hacer ajustes en la posición, de cerrar los ojos, de bostezar etc.

Las posibilidades de movimiento pueden ser exploradas de muchas formas, algunas pueden ser guiadas con música grabada, otras pueden ser más libres, incluyendo desplazamientos en la medida de las posibilidades de los participantes, pero todas las propuestas estarán orientadas a generar un movimiento que se desplaza del cuerpo a la psique y de ésta al mundo emocional para generar nuevos posicionamientos. Crear una salida posible de la inmovilidad.

### **Reminiscencia/autobiográfica**

Muchas veces a partir de la muerte de alguien cercano se reflexiona sobre la propia vida, el transcurrir del tiempo, los aprendizajes y el legado. En ésta técnica, se acompaña a los pacientes a hacer una revisión de su vida a partir de la música que le fue significativa. Permite a los pacientes revisar aspectos importantes y únicos de su vida, mientras que también proporciona una vía para celebrar o reconocer los logros y elevar la valorar las experiencias vividas. Amy Clements-Cortés (2015) citada por Iturre y Lemos (2019), la mencionan como *Life Review* y destacan los beneficios de esta técnica para comprender los aspectos negativos de la vida y trabajar sobre el miedo a la muerte y reducir la angustia espiritual.

“En esta revisión (...) de vida, la música permite recordar, sentir y anclar momentos muy significativos, que nos conectan a la vida y el amor. Como si

reuniéramos pequeñas joyas de un collar muy preciado, que guardamos en nuestro interior, pero elaborado entre todos.” (Serra Vila M., 2015)

### *El Silencio:*

El silencio tiene muchas aristas, lugares y emanaciones que provocan diferentes sensaciones, habilitan o clausuran experiencias, como ya se describió en el marco teórico.

Hemos partido de un silencio “sepulcral” con cierta densidad, que oprimía los cuerpos y las emociones.

Pero fue necesario un silencio despojado, curioso, para preguntarse qué sucede, qué acciones se pueden tomar para salir de esa parálisis, y desde allí, adentrarse a la creatividad, la expresividad y la transformación.

Se invita a los participantes a permanecer en silencio, en lo posible con los ojos físicos cerrados y con los ojos internos abiertos, para poder percibir qué imágenes, palabras o sensaciones aparecen.

"Llevar el silencio en la música y nuestras vidas facilita el crecimiento espiritual." afirmaba Bonny (2001) citada por Iturri y Lemos (2019).

### ***La ceremonia***

El homenaje pretende ser una instancia de revaloración de la presencia del fallecido, un momento para honrar la vida del otro más allá de la cercanía que se haya tenido, aunque obviamente esto influye significativamente.

Dentro de este apartado se pueden incluir propuestas como:

*La ofrenda:* En ella se ofrece algo que podría haber sido apreciado por el muerto y a la vez es una forma de expresar sentimientos (a veces encontrados). Entonces, ¿qué podemos ofrecer? Tal vez una flor, un dibujo, una oración, un poema, una canción etc.

*Un altar:* Como un espacio dentro de la institución que puede contener símbolos importantes (religiosos o no) que sostengan el recuerdo y el proceso de

despedida. También puede incluir una foto, un objeto hecho por alguien del grupo. Recuerdo que en una institución nos ocupamos de tener una pequeña maceta con una plantita de menta que era el sabor preferido de la persona fallecida. Cuando entraba el viento por la ventana el olor fresco de la menta siempre despertaba el comentario: “¡Ya llegó Ignacio!”

Como se mencionó anteriormente este proceso no es lineal, no guarda un orden preestablecido y tampoco es previsible un final acabado ya que es la misma dinámica grupal la que irá delineando el recorrido.

### 4 to. Momento

Éste último momento (al menos referido a la sesión) será un espacio de reflexión, de percepción y en lo posible de generación de nuevos posicionamientos respecto a la muerte (propia y ajena).

Se puede utilizar este momento para compartir las producciones artísticas generadas, darle un destino, registrar de algún modo lo acontecido y alojar posibles preguntas y sensaciones para continuar trabajando en próximas sesiones o ser atendidas por el equipo interdisciplinario.

Es importante recordar que tanto en la propuesta de intervención mensual (*La muerte como inspiradora*) como en la eventual (*La muerte aquí y ahora*) se tendrán en cuenta las esferas de trabajo: corporal, sonora, emocional y reflexiva de los participantes, siempre respetando sus intereses y pareceres.

Entrar profundamente en la temática de la muerte, hacer contacto con ella, siempre moviliza sentimientos y recuerdos autobiográficos que pueden ser dolorosos, pesados, no resueltos y a los que se deberá atender por el equipo interdisciplinario.

Durante este recorrido el hecho estético se hace presente para potenciar la expresividad y la co-creación como acto transformador. A decir de Banfi (2005): “Un acto irrumpe en lugar de lo que había y allí radica la singularidad de su belleza. Hablamos de una estética la transformación” (p.11)

## PARTE III

### 3.1 Plazos o cronograma

CRONOGRAMA TALLERES MENSUALES:

MES	ACTIVIDAD
ENERO	ENCUENTRO LITERARIO
FEBRERO	CINE DEBATE
MARZO	ARTES ESCÉNICAS
ABRIL	MÚSICA INSPIRADORA
MAYO	ARTES PLÁSTICAS
JUNIO	RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD
JULIO	ENCUENTRO LITERARIO
AGOSTO	CINE DEBATE
SEPTIEMBRE	ARTES ESCÉNICAS
OCTUBRE	MÚSICA INSPIRADORA
NOVIEMBRE	ARTES PLÁSTICAS
DICIEMBRE	RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD

Debido a la naturaleza de la intervención eventual, ésta se aplicará cuando surja la necesidad y disponibilidad de los usuarios para ponerla en marcha.

### 3.2. Recursos

El mayor recurso necesario es la formación y la disponibilidad del terapeuta para abordar y acompañar esta temática, pero también es importante el apoyo del equipo interdisciplinario, ya que en las intervenciones se movilizan material significativo, por lo que es esperable que las reverberaciones excedan el espacio musicoterapéutico.

Para las propuestas mensuales a lo largo del año es pertinente contar con la participación de otros profesionales de la salud (terapeutas ocupacionales, psicólogos,

otros musicoterapeutas, etc.). También profesionales afines a las artes con experiencia comprobada en las actividades propuestas y referentes religiosos (rabinos, sacerdotes, monjes).

Las propuestas pueden apoyarse en materiales que conformarán un hecho estético, tal vez artístico, es por ello que conviene disponer de los siguientes elementos:

- Instrumentos musicales varios (cuerdas, calimba, parches, idiófonos, vibroac etc)
- Dispositivo audiovisual con acceso a internet y parlantes.
- Hojas, lápices, bolígrafos, crayones, pinceles, pinturas, pegamento, tijeras etc
- Telas, pañuelos, cintas, plumas, lentejuelas, etc.
- Fotos, revistas, láminas, mandalas.
- Velas, símbolos religiosos o místicos diversos.
- Arcillas, recipientes, espátulas, rodillos, alambres, palillos etc.

### 3.3.Evaluación

Todo proyecto debe ser evaluado, es decir que se debe realizar una valoración sistemática a través de un método científico fiable, que recabe información pertinente para tomar decisiones y solucionar, ajustar o mejorar acciones para alcanzar el éxito de los objetivos planteados, y que además aporte al conocimiento que fundamenta las intervenciones realizadas, reforzando y validando así la práctica profesional.

La evaluación no sólo pretende medir los resultados de las intervenciones, sino que también intenta medir los procesos de cambio o la naturaleza de las propias intervenciones. Es por ello que pensaré la evaluación no en términos de Alvira, citada por Ander Egg y Aguilar Idañez (2005) que la define como “Evaluar es emitir juicios de valor, adjudicar valor o mérito a un programa o intervención”, sino como la considera Fernández García ,pues me resulta más pertinente en este caso, que afirma que “Evaluar es estimar los conocimientos, aptitudes y el rendimiento de los programas, de

las intervenciones y de los profesionales que interactúan en todo el proceso metodológico”.

Al tratarse de un proyecto vinculado a lo social, el enfoque será Cualitativo, es decir, se estudiará la realidad con una pretensión descriptiva sin aspirar a explicarla. Será una comprensión global y abierta a los fenómenos, por ello su método será la observación y la descripción fenomenológica.

En este sentido será más bien una “*Evolución*”, una suerte de descripción del recorrido y sus eventos para valorar los objetivos planteados y la satisfacción o el bienestar de los beneficiarios.

No por ello será subjetiva, pues recabará información relevante que se detalla más adelante.

La evaluación se llevará a cabo durante todo el proceso de intervención y luego de éste; y en principio será interna o de autoevaluación, pues será el propio profesional quien evalúe sus propias intervenciones, pero es de esperar que se realice una evaluación mixta que involucre a agentes externos para lograr mayor objetividad.

Tendrá una función formativa, lo cual permitirá ir ajustando las actividades a medida que se va desarrollando el proyecto, y también sumativa y de impacto pues pretenderá valorar el cumplimiento de los objetivos y metas.

Los indicadores de un proyecto permiten realizar una evaluación adecuada teniendo en cuenta los objetivos. Y es condición que sean independientes, verificables, válidos y accesibles. En este caso habrá indicadores “Contextuales” y “Musicoterapéuticos”, los primeros serán aquellos que recaban información general de los residentes en el contexto institucional, mientras que los segundos serán específicos de la dinámica, las producciones, sus lecturas y el efecto de las intervenciones.

Es necesario llevar un registro escrito al finalizar cada sesión en la que se haya trabajado la temática de la muerte. Detallar la fecha y la cantidad de participantes, el nivel de participación e interés de los usuarios, las expresiones (verbales y no verbales), sensaciones, impresiones como así también las interacciones.

## La Muerte como Consejera

---

Estos registros nos permitirán ajustar las intervenciones a la vez que indicarán el proceso de los residentes. A modo de ejemplo se detallan algunos indicadores:

FECHA:

CANT. PARTICIPANTES:

- ¿Hubo un registro de la ausencia del otro y los motivos de la ausencia?
- ¿Cómo impactó la muerte de un compañero y qué factor se considera que influyó en esa respuesta?
- ¿Qué pensamientos surgieron ante ese hecho?
- ¿Se percibieron signos de malestar como tensiones (en las voces, en el cuerpo, en las interacciones), llantos, conductas extrañas, etc?
- ¿Los participantes tuvieron interés en tratar la temática en el espacio de musicoterapia?
- ¿Los participantes lograron generar material discursivo no verbal-sonoro-corporal, a través de las propuestas?
- ¿Cuáles fueron las características y dinámicas de esas producciones?
- ¿Los participantes pudieron interactuar grupalmente, desde el respeto y el interés?
- ¿Se pudo sostener el encuadre profesional?
- ¿Los participantes pudieron expresar sus sentimientos respecto al fallecido?
- ¿Los participantes pudieron entrar en contacto con sus sensaciones y emociones desde el silencio?
- ¿Se considera necesario una intervención específica de algún otro profesional?

### 3.4. Factores externos:

El factor externo más excluyente para la consecución de éste proyecto es la aceptación (devenida de la comprensión del impacto positivo del proyecto), por parte de las autoridades de la institución ya que su cohesión y alineamiento posibilitarán la máxima integración de este servicio. Sin ese aval es imposible su ejecución.

Para ello es importante la presentación del proyecto desde una perspectiva colaborativa y de aprendizaje, y no desde un reclamo o juicio de valor sobre posturas epistemológicas.

Otro de los condicionantes externos que pueden afectar el desarrollo del proyecto y el cumplimiento de sus objetivos, es la fortaleza del Encuadre. Como se dijo anteriormente éste es un espacio que debe brindar contención y cuidar la intimidad, es por ello que los factores que quiebren estas características deben ser limitados al extremo, como por ejemplo las interrupciones por paso de personas ajenas al grupo de residentes, retiro de pacientes que estén participando, etc.

También es preciso considerar la falta de interés en abordar la temática de parte de algunos integrantes del grupo, es decir, tal vez se dé la situación de que a algunos les interese trabajar la temática y a otros no. En ese caso se considerará trabajar con el grupo que sí lo desea en un espacio aparte, resguardado y proponer para el resto otro tipo de trabajo con el apoyo o no de otro personal o de material autogestivo.

Por último, aunque no menos importante, es el acompañamiento de un equipo interdisciplinario que conozca del proyecto y de su posible impacto. El trabajo realizado en el espacio de musicoterapia puede exceder a éste y manifestarse en otros ámbitos por lo que, si no existe un equipo o no está al tanto del proyecto, los logros finales pueden verse afectados. La circulación de la información y la colaboración son fundamentales.

### **3.4 CONSIDERACIONES FINALES**

Como se ha visto a lo largo de este proyecto, las herramientas propias de la musicoterapia son pertinentes para abordar el silenciamiento de la muerte en las RLE, posibilitando a los participantes no sólo expresar sus sentimientos sino a sentirse sostenidos en un tejido vincular que resignifica la propia biografía, refuerza los núcleos de salud y devuelve el lugar de protagonistas de sus propia vida.

## Referencias

- Allegri, Roqué, et. al, (2012 ). Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias
- Alvarez N., (2017) *Interpretación y ética en la intervención: reflexiones en torno a la noción de emergente en musicoterapia*. ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 2(2), 1-9.
- Ander Egg E.y Aguilar Idañez M.J. (2005), *Cómo elaborar un proyecto social: Guía apra diseñar proyectos sociales*, editorial Lumen, 18 va edición.
- Anzieu, D. et. al. (1993) *Las envolturas psíquicas*. Amorrortu, Bs As
- Aries P, (1983), *El hombre ante la muerte*, Taurus Ediciones
- Ariès,(1975 ), *Historia de la muerte en Occidente*, editorial El Acantilado.
- Banfi C. (2005), *Rigor poético*, Universidad Abierta Interamericana
- Barreto, A. (2010) *La actividad*. En Actas de las II Jornadas de Musicoterapia en Geriatría y Gerontología: Sonido, Salud y Vejez. Buenos Aires: ASAM
- Bright R, (1991), *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico*, Editorial Bonum
- Cassal V., Giacobone, Luhía, (2019), *La musicalidad: Fundante de lo humano. Del malentendido sobre la cura musical a la musicalidad primordial. Iatrogenia, prácticas subjetivantes y derecho a la salud*.
- Dalai Lama (1992), prólogo *El libro Tibetano de la vida y la muerte*, Sogyal Rimpoché, Barcelona: Círculo de lectores
- De la Fuente, P. (2022) *Actitudes sobre la muerte* Revista científica Ecos, Vol 7.
- Di Prinzió C. (2012), *Aportes de la musicoterapia en el ámbito de las instituciones geriátricas privadas*, ASAM, III Jornadas de musicoterapia en geriatría y gerontología: sonido, salud y vejez.

- Frigoli M., (2010), *Duelo y Musicoterapia*, Universidad de Buenos Aires.
- Gauna G. ,(1996), *Entre los sonidos y el silencio*, Editorial Artemisa.
- Gauna, G. (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez.* , Buenos Aires: Koyatun
- Goffman E., (2001), *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores.
  
- González Rey, F. (2011). *El sujeto y la subjetividad en la psicología social: Un enfoque histórico-cultural. Colección Conjunciones.* Mexico: Ediciones Novedades Educativas.
- Guattari, F. (1972). *Psicoanálisis y Transversalidad. Una crítica psicoanalítica de las instituciones.* Siglo XXI.
- Iturri, A., y Lemos, A.(2019). *Musicoterapia y cuidados paliativos. El abordaje de las necesidades espirituales.* ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 4(1), 14-54.,
- Langan (2005), *Musicoterapia y esquizofrenia: La ceremonia del arte donde lo siniestro de la enfermedad se ofrece en una construcción estética*, Universidad Abierta Interamericana.
- Loewy (2005), “*Musicoterapia en el final de la vida*”,
- Martínez T.,(2015). *La atención centrada en la persona. Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer.* Informes acpgerontología, nro1. Disponible en [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)
  
- Matus A., (2008) Tesis de grado: *La afectividad en nosotros* , Universidad Abierta Interamericana
- Melera G (s/f) *Instituciones y Subjetividades. Una mirada desde la Psicología Institucional Psicoanalítica*,  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/039\\_psico\\_institu2/material/bibliografia/melera-instituciones\\_y\\_subjetividad.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/039_psico_institu2/material/bibliografia/melera-instituciones_y_subjetividad.pdf)

- Melloni (2014), *Espiritualidad en Clínica Una Propuesta de Evaluación y acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos*, SECPAL, Editores E. Benito, J. Barbero, M. Dones
- Mircea E, (1998) *Lo sagrado y lo profano*, Editorial Paidós
- Pellizzari, Patricia C., Rodríguez, Ricardo (2005), *Salud creatividad y escucha*, Ediciones Universidad del Salvador. Argentina.
- Pichón Riviere E., (2011), *El proceso creador*, Buenos Aires: Nueva Visión
- Pineda Ávila Y; Martínez Castillo I; Delgado Conforme W, Moncayo Pico L, (2019), *La Iatrogenia y su perniciosa persistencia en los servicios de salud*, Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.1, enero, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 1243-1260, DOI: [10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.1243-1260](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.1243-1260)
- Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P., Moreno Rodríguez C. y García M. (2011, *Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implementaciones para el modelo de activos en salud*, Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 129-139 N.º 2 - Marzo-Abril 2011 , [https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02\\_colaboracion1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf) .
- Rodríguez. Espada G, (2019), *Pensamiento estético en musicoterapia*, Universidad Abierta Interamericana
- Rodríguez. Espada G.,(2016); “*La Estética de lo sano*” Ponencia III Foro para el Equipo de Salud de Oncología y SIDA
- Romero M. (2012) *Caso L*, Facultad de psicología, Universidad de Palermo
- Roqué M., (2022), *Diplomado Iberoamericano 2022 políticas de cuidado. Módulo 1: Vejez envejecimiento y DDHH*, Material de estudio cursos PAMI
- Schwarcz A. ( s/f ) *La muerte y el proceso de morir*, recuperado de <https://portalgeriatrico.com.ar/la-muerte-y-el-proceso-de-morir/>
- Serra Vila M., (2015), *Musicoterapia, en sintonía al final de la vida, Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 10/ 2015 (35-50); ISSN: 1886-6190

## La Muerte como Consejera

---

- Solarz G., (2012), *Musicoterapia y cuidados paliativos*, Universidad Abierta Interamericana.
- Thomas Louis Vincent, (1991) *La muerte*, Paidós, Studio
- Vidret M., (1995), *Dinámica de los duelos en ancianos institucionalizados y su abordaje musicoterapéutico*, VI Jornadas Argentinas de musicoterapia.
- Waztlawick, (1974), *Teoría de la comunicación*, Editorial Herder
- Zarebsky G. (2005) *Hacia un buen envejecer*, Edit. Universidad Maimónides, Científica y Literaria.
- Zolotow D., (2014), <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo31/zolotow.htm>