
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE
MUSICOTERAPIA

II JORNADAS DE
MUSICOTERAPIA EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA:
SONIDO, SALUD Y VEJEZ.



ASAM

Asociación Argentina
de Musicoterapia

11 de septiembre de 2010.

Sala Augusto Cortázar, Biblioteca Nacional, C.A.B.A.

AUTORIDADES ASAM

PRESIDENTE Gabriel Federico

VICEPRESIDENTE Pedro Boltrino

SECRETARIA Virginia Tosto

PROSECRETARIA Julieta Rodriguez

TESORERA Carolina Vesco

PROTESORERA Natalia Alvarez

VOCALES TITULARES Amelia Ferraggina, Marcos Vidret, Clara Gallardo

VOCALES SUPLENTE Judith Martinez, Coral Merayo, Maria Kislo

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS Selva Santesteban, Virginia Gomez, Maria Laura Lardani

SUPLENTE COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS Vanina Colombo, Patricia Pereira, Sergio Orellana

» **COORDINADORA COMITÉ ORGANIZADOR** Lic. Natalia Alvarez

PRESENTACIÓN

Estas **II Jornadas** fueron emprendidas luego de varios años de pasadas las primeras. En aquella oportunidad el intercambio entre colegas insertos en el área de vejez fue el lema. Hoy retomamos esa propuesta y **resaltamos la pluralidad**. Por este motivo hemos convocado a profesionales que se destacan en el trabajo con adultos mayores desde posturas muy diversas.

Es nuestro profundo interés conocer sus posicionamientos y metodologías, a la vez que en la puesta en común, la pregunta, la reflexión, nos permita llevarnos algo más de lo que traíamos.

Convencidos de que el crecimiento y legitimación de una disciplina es viable si se produce el trabajo conjunto en la práctica, la investigación y su posterior difusión entre colegas y especialistas de otras disciplinas; abrimos este espacio que intenta ofrecer un panorama diverso, que se compromete con la complejidad de lo humano y sus necesidades.

Confiamos en que el material bibliográfico que ponemos a disposición contribuirá al desarrollo de la Musicoterapia en el trabajo con la tercera edad y esperamos abra paso a nuevos interrogantes.

LIC. NATALIA ALVAREZ

Coordinadora Comité Organizador

Comisión Directiva Asociación Argentina de Musicoterapia

ÍNDICE

- 05** “Diversidades en la psicogerontología”
DRA. GRACIELA ZAREBSKI.
- 17** “Funciones psíquicas y música”
LIC. ROMINA BERNARDINI, LIC. FLAVIA KINIGSBERG, DRA. PATRICIA PELLIZZARI, MT. GERMÁN TUÑÓN.
- 20** “La actividad. Reflexiones sobre algunas particularidades del quehacer musicoterapéutico en el trabajo con adultos mayores”
MT. ANDREA BARRETO.
- 31** “Musicoterapia en tercera edad: una perspectiva desde la narrativa identitaria”
LIC. MARCOS VIDRET, MT. CLARA GALLIANO, LIC. NATALIA ALVAREZ.
- 36** “La musicoterapia en tercera edad: una mirada integradora”
LIC. CECILIA DI PRINZIO.

DIVERSIDADES EN LA PSICOGERONTOLOGÍA

DRA. GRACIELA ZAREBSKI

Pasaron cuatro años desde que comenzamos a tejer nuestra Red, la Red Iberoamericana de Psicogerontología. Quiero resaltar la continuidad identitaria de nuestra Red, a través de sus Congresos: Diversidades... a partir de la identidad de nuestros viejos... pueblos, que fuera el lema de nuestro primer congreso, pueblos que, en su diversidad están aquí representados y eso nos lleva a la memoria y construcción de futuro, lema del segundo congreso. De tal modo que se conjugan pasado, presente y futuro en la construcción de un modo de entender y abordar el envejecimiento humano desde la salud mental, nuestra especificidad.

Comencemos por las diversidades de la Psicogerontología. Eso, la diversidad, es justamente de lo que carece el modelo hegemónico, centrado en las patologías y en lo biológico como causa explicativa y como foco de atención. Incluso en países europeos de avanzada psicogerontológica, cuando se habla de prevención y de factores de riesgo psíquico, como adelanté en el anterior congreso, lo piensan desde las condiciones de patología, desde el daño ya instalado. ¿Qué es lo que no ven? ¿Qué es lo que no incorporan y que nosotros ponemos en el centro de nuestra atención? El ser humano en su diversidad.

Por eso nuestro planteo: no puede haber psicogerontología sin interdisciplina. Sin la diversidad de miradas que brindan las diversas disciplinas que hoy en día aportan a la salud mental en el envejecimiento.

Pero ¿Cómo llegamos hasta aquí? ¿Cómo fue cambiando nuestro paradigma para llegar a la diversidad que constituye hoy a la Psicogerontología? ¿Qué fundamento teórico nos sostiene?

Hoy en día podemos encontrar varios textos que hablan, ya no sólo de teorías sociales del envejecimiento, sino también de Teorías Psicogerontológicas y que realizan una reseña histórica de cómo fueron evolucionando dichas teorías. Pero les quiero decir que lo que hoy se da en llamar Teorías Psicogerontológicas, fueron – y son – en realidad, Teorías psicológicas.

¿Qué quiero decir con esto? Ya sea desde autores psicoanalíticos – fundamentalmente Erikson, en su Teoría del Ciclo Vital, así como los aportes de E. Fromm, H. Kohut, en las llamadas Teorías del Yo, o desde autores cognitivistas o conductistas, por lo general psicólogos que no eran gerontólogos (la Gerontología aun no existía o estaba en sus comienzos), plasmaron teorías psicológicas que intentaban describir una etapa: la vejez, buscando determinar algo que en realidad, como vengo

* Universidad Maimónides. Hidalgo 775. Buenos Aires. Argentina. zarebski.graciela@maimonides.edu

diciendo desde hace unos veinte años, no existe: la Psicología de la Vejez, la psicología del viejo.

Queda planteada una pregunta: Entonces ¿cuál es nuestro objeto de estudio?

Esas teorías psicológicas, que respondían a modelos mecanicistas u organicistas de la vejez, tenían una utilidad más bien académica. En la práctica, el viejo era, y aún sigue siendo, paciente de la medicina, era un candidato al geriátrico, era un consumidor de psicofármacos, era objeto de intervención de la Psicogeriatría. Las teorías psicológicas de la vejez eran un complemento para el médico psiquiatra y un marco conceptual para otros profesionales que, imbuidos de prejuicios personales y teóricos, se animaban a atender a un viejo.

Había un contexto demográfico, social y cultural que lo justificaba: al pasar los 60, si se llegaba, los pocos años que podían quedar eran para la enfermedad, para el descanso, para el retiro. No había casi otras opciones que el círculo íntimo de la familia para sostener lo que quedaba de vida.

Y desde las ciencias, desde los profesionales, ya no había mucho para hacer más que sostener ese organismo. La mirada positivista en gerontología sólo podía sumar a lo biológico, la intervención asistencialista desde lo social.

<p>AÑOS 50-60-70. TEORÍAS DEL CICLO VITAL: PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ</p>	<p>COMIENZOS DE LA GERONTOLOGÍA: GERIATRÍA (PSICOGERIATRÍA) + GERONTOLOGÍA SOCIAL</p>	<p>PARADIGMA POSITIVISTA EN CIENCIAS: MODELOS MECANICISTAS Y ORGANICISTAS</p>
---	---	---

¿Dónde estaba el sujeto envejeciente?

Lo psi quedaba, por un lado, como correlato de lo orgánico - y lo esperable era la demencia - y por otro lado, en lo psico-social - y lo esperable eran las depresiones - como efecto del maltrato social.

Probablemente, la mayoría de Uds. estarán pensando que ésta es la realidad que aún

comprueban en sus ámbitos de trabajo. Esto es, la persistencia de un modelo simplista que pretende escindir normalidad y patología, lo preventivo y lo asistencial, escindiendo al mismo tiempo los enfoques teóricos y el abordaje profesional.

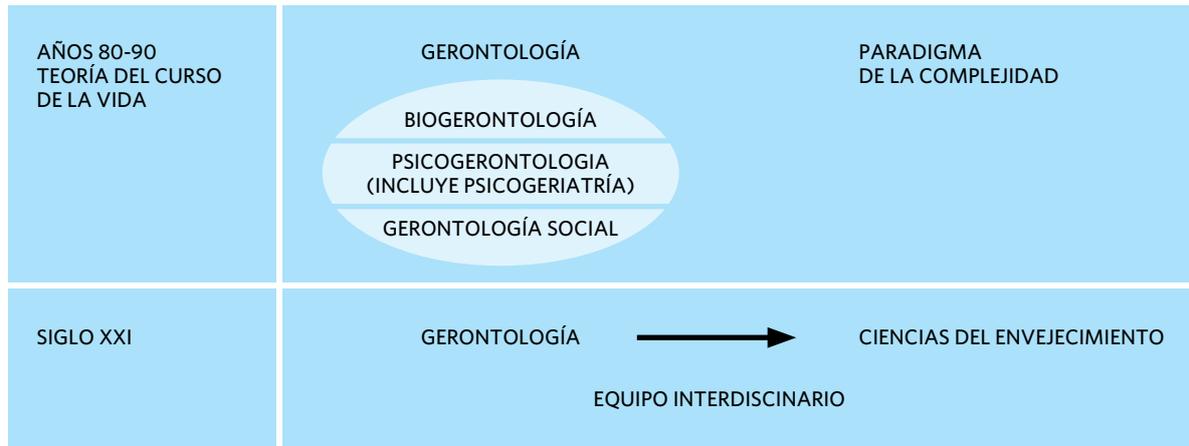
Como efecto de distintos factores que a continuación analizaremos, la concepción de la Psicogerontología, desde el modelo que promueve la Red Iberoamericana de Psicogerontología, se va modificando.

¿Qué cambió? Y esto es importante visualizarlo, para ser concientes de nuestro avance, para no quedarnos en la queja ante lo poco que vemos se hace en nuestras latitudes y todo lo que falta por hacer.

Considero que el cambio hacia la concepción actual y el afianzamiento de esta región epistemológica - que complejiza el campo de la Gerontología, sumándose a la Gerontología Social y a la Biogerontología - viene de la mano de diversas condiciones y nuevos fenómenos que aparecieron en años relativamente recientes:

a- Se fueron superando las teorías del desarrollo y del Ciclo Vital y se fue instalando en los últimos años la Teoría del Curso de la Vida. Esta teoría gerontológica está demostrando que deberíamos suplantarlo por la "Psicología del Envejecimiento", ya que el psiquismo no cambia al pasar determinada barrera etárea, sigue siendo un psiquismo adulto. Del mismo modo demuestra que, al campo amplio de la Gerontología, ya no nos sirve pensarlo como el estudio del geronte, del viejo, de la vejez, sino que deberíamos comenzar a plantearlo como "Ciencias del Envejecimiento".

Hoy se impone un nuevo paradigma en las ciencias: el de la complejidad. Nuestro objeto de estudio hay que entenderlo como tejido, como trama de interrelaciones indesligables, para lo cual se conjuga el aporte de nuevas disciplinas, cada una con su aporte específico.



b- La diversidad de disciplinas: la mirada puesta en la vejez por parte de profesionales de disciplinas relativamente más nuevas (terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía, musicoterapia, psicomotricidad) que vienen aportando otros enfoques, nuevas miradas y herramientas diagnósticas y de intervención que facultan un trabajo interdisciplinario (de modo que hoy en día Psicogerontología no se refiere sólo al trabajo de psicólogos y psiquiatras). Vaya como ejemplo del aporte de cada una: las técnicas de multiestimulación y el trabajo con la memoria por parte de la terapia ocupacional, que muestra el efecto preventivo y de enlentecimiento en procesos de deterioro cognitivo, las intervenciones geragógicas de

las ciencias de la educación, demostrando las posibilidades del aprendizaje en el envejecimiento, las intervenciones preventivas y psicoterapéuticas de los psicólogos con el viejo y su familia, las herramientas de la musicoterapia y las técnicas psicomotrices con mayores (Zarebski, 2005).

Hoy están formándose en Psicogerontología profesionales de estas diversas disciplinas en diversas latitudes y contextos culturales, que aportan a este congreso y a cuya formación me referiré en otra mesa. El tema del trabajo interdisciplinario, en especial la inclusión del psicogeriatra en el equipo, lo trataremos en una mesa especial.

Diversidad en la Psicogerontología



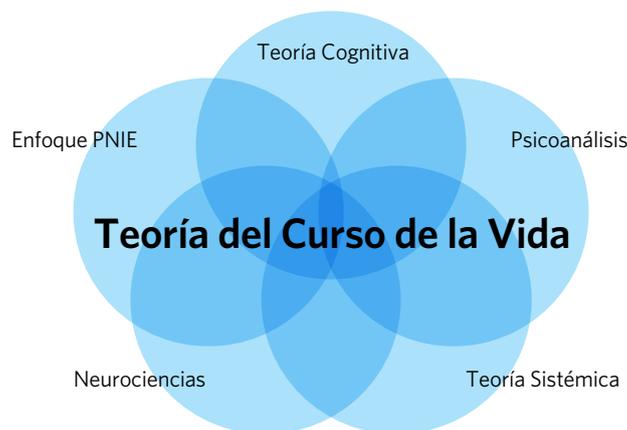
* Esta es la fundamentación que nos llevó a cambiar, a partir del corriente año, el nombre de la Escuela de Gerontología de la Universidad Maimónides, por el de: Escuela de Ciencias del Envejecimiento

c- La diversidad de ámbitos: como consecuencia de este cambio de enfoque y de la perspectiva preventiva en la salud mental en el envejecimiento, innumerables experiencias comunitarias e institucionales y talleres de todo tipo (de aprendizaje, de memoria, expresivos, reflexivos, de multiestimulación, de recreación, etc.) además de demostrar su eficacia en la optimización del envejecimiento, constituyen ámbitos propicios para la detección temprana y la derivación oportuna, así como para el armado de redes de apoyo y el trabajo con las familias, operando

de este modo como verdaderos recursos socio-sanitarios promotores de salud y preventivos de patologías (mentales, entre otras).

Desde el paradigma científico de la complejidad, esta articulación nos permitirá integrar, en el campo de la Psicogerontología, los aportes de diversas teorías psicológicas, como la cognitiva, el psicoanálisis, la sistémica, con los desarrollos de las neurociencias y el enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico (PNIE).

Teoría del Curso de la Vida: diversidad de teorías



Esta articulación está aun pendiente en el campo de la Psicogerontología a fin de integrar el estudio de los procesos de envejecimiento normal y patológico y arribar al conocimiento y elaboración de herramientas más precisas y profundas de intervención e investigación que nos permitan optimizar esos procesos.

La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología actual son frutos simultáneos de este mismo árbol, que es el paradigma de la complejidad. Si estudiamos el surgimiento y la evolución de la teoría en el curso de la historia reciente de la Gerontología, veremos que fue un proceso paralelo al surgimiento y afianzamiento de lo que planteo como tercera re-gión

epistemológica en las ciencias del envejecimiento, la psicogerontología.

Se va abandonando gradualmente el concepto de ciclo vital y se acepta en cambio el de curso de vida. Este concepto es menos regularizado, mucho menos estandarizado y se define por las experiencias de cada vida en forma singular y con un anclaje histórico más personal.

Se hacía necesario avanzar en herramientas teóricas que permitan explicar las "vejezes" y ya los factores biológicos y socio-culturales no resultaban suficientes.

Faltaba la dimensión subjetiva, la cual vino a

aportar, en interacción con las dimensiones biológica (biogerontología) y socio-cultural (gerontología social) que la precedieron – además de un abordaje interdisciplinar más complejo - los aspectos no normativos provenientes de la biografía de cada sujeto, interactuando con los factores normativos, que estudian las otras dos regiones epistemológicas.

Aquí es donde debemos tomar en cuenta que le estamos dando a la Psicogerontología una dimensión nueva, un cambio de enfoque, una perspectiva amplia e integral, que no había tenido antes en la historia de la Gerontología.

Para qué nos está sirviendo o nos debería servir esta diversidad de miradas? Para entender al sujeto envejeciente en su diversidad.

La superación de la Teoría del Desarrollo por esta nueva teoría permitió que nos dejáramos de preocupar por definir y caracterizar etapas – como ser, la vejez – y pongamos nuestro foco predominantemente en el estudio del envejecimiento como proceso, así como de las modalidades que éste adopta. Sabemos que los cambios conductuales pueden ocurrir en cualquier momento, por lo que no son exclusivos de ningún estadio particular del desarrollo. Las personas continúan desarrollándose y cambiando en el decurso de la vida

Uno de los conceptos de esta teoría, el de continuidad (Atchley, 1989) es de suma importancia en Psicogerontología porque permite indagar, en el proceso de cada biografía, el logro de la continuidad identitaria a través de los cambios o el derrumbe y quiebre de la misma,

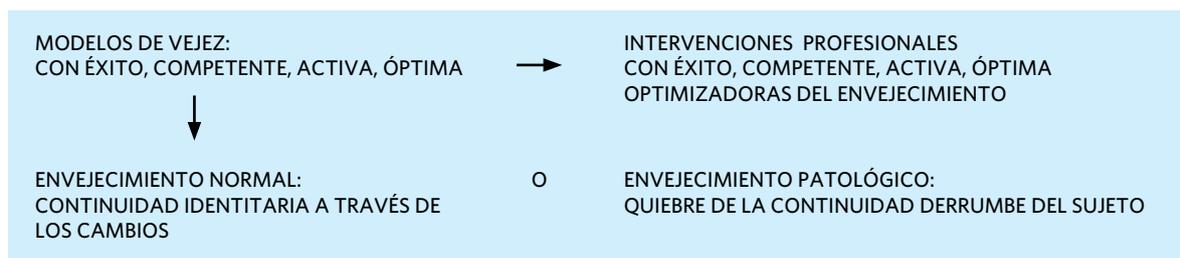
como defintorios de un envejecimiento normal o patológico.

Desde este enfoque, se entiende por qué es cuestionable hablar de ‘modelos’ de vejez, como hoy en día se promueve: la vejez con éxito, competente, activa, óptima y demás modelos.

Todo intento de generalización de categorías o modos de “ser viejo”, cualifican un modo de vejez, a partir de la necesidad de fundamentar las intervenciones profesionales optimizadoras del envejecimiento.

De acuerdo con Ramona Rubia Herrero, no existen excesivas diferencias entre estos modos de denominar a esta tercera modalidad y “es un error hablar de éxito, de competencia y de actividad de cara a una vejez universal; en esta fase de la vida, la diversidad crece a la par que la edad, de manera que las diferencias individuales terminarán siendo la esencia de la vida humana...”

Destaco en esta cita, con la que acuerdo, que cuando se habla de envejecimiento óptimo, con éxito, activo, estamos aludiendo a un modelo de intervención, es decir, sería el nombre que le damos a nuestro objetivo de intervención: a las vejeces en sí no las podríamos encuadrar en estos moldes. Los modos de envejecer – al menos desde un enfoque psicogerontológico, y fundamentado en la Teoría del Curso de la Vida - serían básicamente el normal y el patológico, pues permiten, en su generalidad, estudiar cada curso de vida en su particularidad complejamente determinada.



Como podemos comprobar en tantas historias de vida, los procesos biológicos se van construyendo entramados con procesos sociales y subjetivos.

El cuerpo - a diferencia del organismo - es una construcción subjetiva. Se construye como hábitat de la identidad, construcción que abarca la vida entera, incluyendo los avatares del envejecimiento.

Sin embargo, todavía sigue sin aparecer, en las diversas investigaciones gerontológicas actuales, el sujeto envejeciente y el modo en que va construyendo a lo largo de su historia particular su envejecimiento, incluyendo cómo trata a su cuerpo y cómo arma su entorno. Es decir, como sujeto pro-activo.

En la Psicogerontología actual no está desarrollado aún el trabajo anticipado del envejecer, no se tomó la posta precursora de Bernice Neugarten (1999), cuando se preguntaba: ¿por qué algunos viven la vejez como crisis y otros no?

Resulta interesante, como guía para nuestras investigaciones, el estudio de los mecanismos psíquicos implicados en la construcción del curso de la vida. Indagar, por ejemplo, cómo distintos factores de personalidad condicionan el modo en que se incorporan las representaciones sociales acerca de la vejez. O investigar cómo los factores traumáticos tempranos y formas de apego patológicas inciden en el curso de la vida, cómo la vulnerabilidad somática y emocional interviene en el fracaso de la elaboración anticipada y gradual del envejecimiento, llevando a desenlaces siniestros (patologías de todo tipo, incluidas las demencias). En síntesis, las condiciones de vulnerabilidad psíquica, promotoras de los factores de riesgo psíquico de envejecer patológico, o bien factores que permitan resiliencia, como presenté en nuestro anterior congreso. El envejecer como un camino hacia la sabiduría o bien, hacia la anulación del sujeto.

Para poder entender cómo se va armando una demencia - punto extremo de la anulación

subjetiva - lo deberemos proponer desde este entramado, no lo entenderemos nunca estudiando por separado las neuronas o el contexto cultural y familiar o la herencia genética o la personalidad previa o los esquemas cognitivos.

Según la metáfora de "pensamiento en red" (Abadi, S. 2007), se irían produciendo a lo largo del curso de la vida - bajo ciertas condiciones psíquicas - "nudos" en la red, enlaces fijos que obligan a la mente a seguir derroteros preestablecidos, limitando la libertad de pensamiento. Se va determinando así la esclerosis, el endurecimiento, la pérdida de flexibilidad, la rigidez de la red neuronal que comienza a estrechar su trama, produciéndose soldaduras inamovibles que empobrecen la libertad de pensar.

Estas rigideces, que generalmente se reflejan en el cuerpo, provienen en parte de nuestra crianza, pero también de nuestro contexto (interdicciones familiares o culturales). Ciertas identificaciones rígidas y valores incuestionables generan zonas duras que se cristalizan. Otras veces, a causa de experiencias negativas, hay un intento de mantener un equilibrio que nada desestabilice, aun al precio de dejar inmóviles parte de los propios recursos. Así, la simplificación, el reduccionismo y la disociación van mutilando la complejidad de la red. (Abadi, S. 2007).

Estamos así frente a un psiquismo pobremente mentalizado, en el cual los mecanismos de escisión y desmentida van achatando, angostando el campo representacional - la dimensión imaginario-simbólica, que se correspondería con el circuito hipocampo-cortical, las funciones superiores - y ampliando el campo de lo no representacional, que se correspondería con el circuito amigdalino - hipotalámico.

Cuando predomina o se encuentra cristalizado este modo de funcionamiento (el campo del inconciente escindido y del Yo Ideal, según la "Tercera Tópica" (Zukerfeld, R. 1999) sin un juego flexible, se dan las condiciones para la

vulnerabilidad somática, es decir “la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a situaciones de adversidad. Hace referencia a aquellos sujetos que enferman más fácilmente que otros o que, ante iguales enfermedades, harán más complicaciones, o responden peor a intervenciones terapéuticas”. (Zukerfeld, R. 1999).

Vemos así cómo se integran los enfoques teóricos psicoanalíticos con los cognitivos, los sistémicos y las neurociencias.

del envejecimiento.

Quedan planteados así dos caminos posibles - a partir de uno de los puntos de encrucijada más notables, como son los años de la mediana edad - frente a la perspectiva del envejecimiento: asumir la complejidad del mundo humano que implica diversificar los ideales y los puntos de apoyo, desde la aceptación de la incompletud, poniendo en juego la creatividad en la construcción de la propia subjetividad, por un lado, o persistir en el anquilosamiento identificatorio y simplificador

COGNITIVO	EMOCIONAL	CULT.-FLIAR.	NEURONAL
NUDOS EN LA RED	IDENTIFICACIONES RÍGIDAS	VALORES CULTURALES VIGENTES	EMPOBRECIMIENTO DE CONEXIONES DEL CIRCUITO HIPOCAMPO-CORTICAL (MEMORIAS DECLARATIVAS)
ENLACES FIJOS	DEFENSAS CRISTALIZADAS		
CAMINOS PREESTABLECIDOS	VALORES INCUESTIONABLES	FAMILIAS FISFUNCIONALES	AMPLIACIÓN DEL CAMPO DE LO NO REPRESENTACIONAL (MEMORIA EMOCIONAL)
ENDURECIMIENTO	ESCISIÓN - DESMENTIDA	VIDA EN SOLEDAD O EN AISLAMIENTO AFECTIVO	
PENSAMIENTOS RÍGIDOS	VIDA DE AUTÓMATA		
POBRE MENTALIZACIÓN	PERDIDA DE FLEXIBILIDAD	CARENCIA DE REDES DE APOYO	
SOLDADURAS INAMOVIBLES	BASTÓN ÚNICO (YO IDEAL)		
SIMPLIFICACIÓN REDUCCIONISMO	DEMÁS FACT. DE RIESGO PSÍQUICO DE ENV. PATOL.		
PENSAMIENTOS RÍGIDOS			

La hipótesis que aquí se plantea es que este modo de funcionamiento – emocional, vincular, familiar, cultural – va produciendo efectos en el funcionamiento cerebral: se van creando tabiques, escotomas, empobrecimiento de conexiones, disociaciones.

Por el contrario, el envejecer saludable tendrá que ver con la flexibilidad ante los cambios, lo que permitirá no aferrarse a una personalidad unívoca, aceptar las transformaciones propias y ajenas, construir proyectos y recrearlos, romper con rutinas rígidas, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse. Sobre la base de estas características de funcionamiento psíquico, se logrará realizar la elaboración anticipada y gradual

propio del narcisismo perturbado.

Las condiciones de vulnerabilidad emocional – y por el contrario, las condiciones de resiliencia - se ponen de manifiesto desde edades jóvenes, lo cual nos permitirá el trabajo preventivo tanto en ámbitos de abordaje individual como grupal, a través de factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico detectables en el discurso y las conductas de los sujetos. Ese es el objetivo con el cual diseñé el Cuestionario “ Mi envejecer ”, así como el protocolo de los Factores de Riesgo Psíquico, próximamente disponible para la tarea preventiva y de investigación.

Me referiré por último a dos conceptos que considero claves en la perspectiva actual de

la Psicogerontología: el de Plasticidad y el de Reserva Cognitiva.

Los últimos avances en el estudio del genoma humano implican el riesgo de regresar al determinismo biológico. Sin embargo, esta amenaza se ve contrarrestada por interesantes articulaciones que están surgiendo entre las neurociencias, la psicología cognitiva y el psicoanálisis.

Aportes recientes de la neurobiología demuestran la plasticidad de la red neuronal a partir de la experiencia, la cual modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas, posibilitando cambios estructurales y funcionales. Es decir, neurogénesis y plasticidad, a partir del aprendizaje, la multiestimulación y la resiliencia.

De este modo, vamos pasando de una visión estática del sistema nervioso a una visión plástica del mismo. Representa un cambio fundamental para la Teoría del Curso de la Vida, desde el momento en que permite comprobar por qué al envejecer cada sujeto es singular y ‘ cada cerebro es único ’ (Ansermet, F; Magistretti, P. 2006).

Este pasaje - que conduce del determinismo genético a la determinación por parte del mismo sujeto en el armado de su curso vital - se asienta en la idea del cerebro como órgano dinámico. Pero, ¿qué sucede si no es dinámica la persona? Mediante formas de apego patológicas que obturan su plasticidad, ¿Podrá ser plástico su cerebro?

A lo largo del curso de la vida, en el envejecer, sólo será posible un cuerpo flexible, en la medida en que el ser humano que lo porte, a su vez lo sea.

De modo que deberemos fortalecer la plasticidad no sólo a nivel cerebral. Asimismo, no alcanza con la reserva cognitiva si carecemos de reserva emocional.

En los últimos años se fueron introduciendo los conceptos de ‘ reserva cerebral ’ y de ‘ reserva

cognitiva ’ para aludir a los factores protectores frente al deterioro cognitivo y la demencia, factores neuronales en el primer modelo, o derivados de las actividades intelectuales del sujeto, en el segundo modelo.

Las últimas investigaciones en este terreno son muy promisorias para nuestro campo porque demuestran la necesaria interdisciplinariedad en Psicogerontología. Que el enfoque biólogo no alcanza a explicar el curso del envejecer. Los estudios muestran que la forma en que utilizamos nuestros cerebros durante nuestras vidas influye sobre la cantidad de reserva que tenemos. Por ejemplo, algunos estudios realizados mostraron que el participar regularmente en actividades complejas o un estilo de vida comprometido, reduce en dos años el riesgo de desarrollar demencia, o que en ancianos sanos un estilo de vida caracterizado por actividades de ocio de naturaleza social está asociado con un menor declive cognitivo. (Rodríguez Álvarez, M., Sanchez Rodríguez, J. L., 2004).

La idea que subyace es que la creación de redes cognitivas más eficientes proporcionan una reserva que retrasa las manifestaciones clínicas de la demencia. La paradoja es que a mayor reserva cognitiva el alzheimer tarda más en manifestarse o no se manifiesta, pero no evita la enfermedad y el daño en la histopatología y cuando finalmente ésta aparece, a mayor reserva cognitiva, más rápido progresará y menor será la expectativa de vida. Acá se produce un impasse.

Es que, a pesar de los avances, aun persisten modelos organicistas y mecanicistas para explicar el envejecimiento psíquico. Primero se trató de reserva cerebral, después de reserva cognitiva. ¿Llegará el día en que entendamos que también hay una reserva emocional y que de lo que se trata es de favorecer la reserva personal, la reserva humana, que integra la reserva cerebral, la reserva cognitiva y la reserva emocional y que es la que nos permitirá conservar y afiatar lo mejor de lo humano en el envejecer?

Plasticidad Neuronal – Emocional - Corporal



Se trata de no reducir el espíritu al cerebro, ni el cerebro al espíritu, de entender la 'endo-exo' causalidad, la recursividad, es decir, cómo uno coproduce al otro. Si el producto es al mismo tiempo el productor, deberemos estudiar cómo lo 'endo-exo' fue armando el curso de la vida particular en interacción con el medio ambiente.

Cada vez es más evidente que una vida de pobreza psíquica, afectiva y de vínculos presagia en mayor medida que la pobreza material, un envejecimiento patológico. Someter-se, por diversas circunstancias, a una vida de autómatas, sin autocuestionamientos, con estímulos ambientales pobres, creencias rígidas y cristalizadas, excesiva seguridad y monotonía, es lo que va generando las condiciones para la depresión y la demencia cuando las circunstancias vitales del envejecer sorprenden al sujeto sin la preparación mental, afectiva y vincular adecuada para sostener un cambio ante situaciones de adversidad.

Se comprueba, a través de nuestras intervenciones, que construir resiliencia durante el envejecimiento, construir un espíritu "joven", activo, vital, hasta el fin de los días, requiere de la flexibilidad, la plasticidad neuronal, emocional, corporal, para armar el propio mundo, renovar permanentemente el tejido, enlazado, sin tironeos, sin cortes, por el contrario, seguir entretejiéndose con nuevos hilos y nuevos colores.

En síntesis, una vida de riqueza representacional y abierta a la complejidad, a la incertidumbre, a las fluctuaciones, al desorden y a pensamientos no-lineales, capaz de soportar frustraciones, desilusiones, cuestionamientos

y autocuestionamientos, de realizar un trabajo psíquico de anticipaciones y resignificaciones. Éstas serán las condiciones psíquicas que se podrán ir construyendo en el curso de la vida como antídotos que harán soportables las adversidades a fin de no quebrarse.

Seguir ensanchando el mundo psíquico con estímulos, representaciones, pensamientos, afectos y vínculos permitirá fortalecer las conexiones internas (redes neuronales, endócrinas, inmunológicas) con las redes de pensamientos, sentimientos y vinculares: eso es estar vivo y es lo que evita el deterioro. Debemos tener en cuenta, además, el papel modificador de las emociones sobre la biología: la calidad de nuestros alimentos afectivos y culturales (Cyrułnik, B. 2000) se trasluce en nuestra imagen y nuestros logros. Nutrirse y nutrir -a una planta o a una mascota cuando no hay otro- participar en grupos, compartir vivencias, buscar expresarse, serán los antioxidantes naturales (Hitzig, J. 2002)

Hoy sabemos que el aprendizaje mantiene joven el cerebro y vivas las redes neuronales, pues el procesamiento de la información y las experiencias establecen nuevas conexiones. Condenado el sujeto a recurrir casi exclusivamente a una modalidad de funcionamiento automático, pierde la capacidad de procesar, de fantasear y de cualquier expresión creativa y liberadora." (Abadi, S. 2007).

Estas consideraciones son las que nos llevan a sostener que el origen de una demencia no es sólo orgánico. Que hay una historia particular y familiar que prepara su desencadenamiento y que hay situaciones del envejecer que, vividas como traumáticas, constituyen una oportunidad para provocar este desenlace.

Se viene comprobando en diversas investigaciones que una vida en soledad o en aislamiento afectivo, la carencia de redes de apoyo, con mapas estrechos de vínculos internos y externos, son condicionantes de esos desenlaces.

Contamos, entonces, con las herramientas para prevenir el envejecimiento patológico: el armado de redes vinculares, los replanteos a tiempo de las formas de apego patológicas, el auto - cuestionamiento a lo largo del curso de la vida, así como el cuestionamiento de creencias, representaciones e imágenes cristalizadas.

“Integrar los pensamientos lineales con la intuición, con la emoción y con el cuerpo, con la fantasía y la imaginación, permite – según Sonia Abadi - el surgimiento de conexiones diversas, inéditas e innovadoras.” Se deben ejercitar diversos caminos y levantar barreras anquilosadas.

El envejecimiento es esencialmente una propuesta de cambio. En presencia de un narcisismo normal, el sujeto contará con la flexibilidad que le permitirá realizar el trabajo de autocuestionamiento que esta propuesta conlleva. Si el sujeto es resiliente, en su envejecimiento podrá sostener y renovar los ideales del yo - nuevos proyectos - elaborar los duelos y contar con la permeabilidad intrapsíquica que le dará acceso a soñar, fantasear, imaginar, jugar, desear, aun en edades tardías.

La vejez no es un punto de anclaje. Implica dudas, temores, pero también libertades nuevas. Si bien hay determinantes, la articulación no está completamente determinada, liberado el sujeto a evoluciones potencialmente múltiples e imprevisibles.

La Psicogerontología, a partir de la intersección entre las diversas teorías y enfoques actuales, permite entender el devenir del sujeto en lo que lo hace excepcional.

La novedad actual es que el sujeto está, incluso en el plano biológico, determinado para ser libre. Pero esto será posible en un sujeto que, aun en su envejecer, participe activamente en el armado de su devenir. Devenir que se va construyendo a través de anticipaciones y resignificaciones a lo

largo del curso vital.

Es en el trabajo psíquico anticipado, a lo largo de diversas edades, de elaboración gradual del envejecimiento donde podremos intervenir mediante la tarea preventiva a fin de incidir en el curso de la vida del sujeto, ayudándole a lograr mayor plasticidad en todos los órdenes. Su participación en talleres y grupos debería facilitarle el acceso a mayor nivel de complejidad. De vidas simplistas y ordenadas, en base a vínculos escasos, perseverantes, pasar a vínculos diversos, complejos, pensamientos no lineales, armado de redes y vínculos intergeneracionales que enriquecerán mutuamente a las diversas edades.

Vimos que no es sólo determinismo genético, no es sólo determinismo histórico, no es sólo determinismo psíquico, es todo modificándose complejamente. Se trata de construirnos en un espacio entre: entre lo interno y lo externo, entre pasado, presente y futuro, como una trama, un tejido de red PsicoNeuroInmunoEndócrina, red neuronal y red de lenguaje, con redes de vínculos, en el vector temporal de la historia, en continua transformación, de modo tal que el sujeto ya no es ése que limita su piel. Su mente y su ser están en un espacio virtual, en el entretejido dinámico, siempre cambiante.

En palabras del físico Fritjof Capra*:

“La trama de la vida es una red flexible en continua fluctuación. Cuantas más variables se mantengan fluctuando, cuanto mayor diversidad, más dinámico será el sistema y mayor su capacidad para adaptarse a los cambios”.*

BIBLIOGRAFÍA

ABADI, S. (2007) Pensamiento en Red. Temas. Buenos Aires.

* Capra, F. (1998) La trama de la vida. Barcelona: Anagrama. El destacado es mío.

- ANSERMET, F; MAGISTRETTI, P. (2006) A cada cual su cerebro. Katz Edit. Buenos Aires.
- ATCHLEY, RC. (1989) "A continuity theory of normal aging". The Gerontologist; 29:183-90.
- BALTES P. B. Y WILLIS (1979) "Life - Span developmental psychology, cognitive functioning and social policy". En M. W. Riley (ed.) Aging from birth to death, interdisciplinary perspectives (pp. 15- 46) AAAS Selected Symposium, Westview Press.
- CYRULNIK, B. (2000) Los alimentos afectivos. Nueva Visión. Buenos Aires.
- ERIKSON E. (1985) The Life Cycle Completed. Norton. N. Y.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS et al. (1999) ¿Qué es Psicología de la Vejez? Biblioteca Nueva. Madrid.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS et al. (2000) Gerontología Social. Psicología Pirámide. Madrid
- F. LÓPIZ, Enrique (1999): Psicogerontología. Perspectivas teóricas y cambios en la vejez. Ediciones Adhara, Granada.
- FERRARI, H. (1997) Salud Mental en Medicina. Contribución del Psicoanálisis al Campo de la Salud. Cap. XIX. López Ed. Buenos Aires.
- HAGESTAD, G. (1999) " Pensamientos sobre el Curso de la Vida ", en: B. Neugarten: Los significados de la Edad. 2ª parte: El Curso de la Vida. Herder. Barcelona
- HITZIG, J. (2002) Cincuenta y tantos. Grijalbo – Sudamericana. Buenos Aires.
- HOTHERSALL, D. (2005). Historia de la Psicología (4º edic). Mc Graw Hill.
- KOVADLOFF, S. (2001) " La Vejez, 'Mal Verdadero' ". En: La Nueva Ignorancia: pág. 121. Emecé. Buenos Aires.
- MONK, A. (1994) "Actualización en Gerontología". Jornadas Argentinas de Gerontología. Public. Asociación Gerontológica Argentina. Buenos Aires
- MORIN, E. (1997). Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona
- MORIN, E. (1998). " Epistemología de la Complejidad ". En Fried Schnitman, Dora (compiladora) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Paidós. Buenos Aires
- MUCHINIK, E. (1998) " El Curso de la Vida y la Historia de Vida " en: Salvarezza, L. (comp.) La Vejez. Una Mirada Gerontológica Actual. Cap. 13. Paidós. Buenos Aires
- NEUGARTEN B. (1979) " Tiempo, Edad y el Ciclo Vital " en: Am. J. Psychiatry, 7,136.N.Y.
- NEUGARTEN B. (1999) Los significados de la edad. Herder. Barcelona
- RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, M., SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, J. L. (2004) " Reserva Cognitiva y Demencia ", en: Anales de Psicología, vol. 20, nº 2 (diciembre), 175-186. Universidad de Murcia. Murcia.
- RUBIA HERRERO, R. (2004) " La vejez con éxito, competente y otros modelos ", en: Yuste Rosell, Nazario y otros (2004): Introducción a la Psicogerontología. Pirámide. Madrid.
- STASSEN BERGER, K.(1997) Psicología del Desarrollo: Adulterez y Vejez. Panamericana. NY.
- YUSTE ROSELL, Nazario y otros (2004): Introducción a la Psicogerontología. Pirámide. Madrid.
- ZAREBSKI, G. (1990) Lectura Teórico-Cómica

de la Vejez. Tekné Buenos Aires. Acceso libre en: www.maimonides.edu/gerontologia/Librosrecomendados/.

ZAREBSKI, G. (1999). *Hacia un Buen Envejecer*, Emecé – Planeta, Re-edic. Univ. Maimónides, 2005. Buenos Aires

ZAREBSKI, G. Knopoff, R. Santagostino, L. (2004) "Resiliencia y Envejecimiento", en: *Resiliencia y Subjetividad*, Suárez Ojeda, E. N. Melillo, A. (comp.) Paidós. Buenos Aires

ZAREBSKI, G. (2005) "La Psicogerontología en Iberoamérica." *Memorias Primer Congreso Iberoamericano de Psicogerontología*. Univ. Maimónides. Buenos Aires

ZAREBSKI, G. (2005) *El Curso de la Vida: Diseño para Armar*. Ed. Univ. Maimónides. Bs.As.

ZAREBSKI, G. (2008) *Padres de mis Hijos ¿Padres de mis Padres?* Paidós. Buenos Aires

ZAREBSKI, G. (2009) "Vulnerabilidad y Resiliencia en el Envejecer", en: *Neurociências na Melhor Idade*, Leite Ribeiro do Valle, L., Zarebski G., Ribeiro do Valle, E. (comp), Novo Conceito Editora. S. Pablo.

ZUKERFELD, R., ZONIS ZUKERFELD, R. (1999) *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Lugar. Buenos Aires.

FUNCIONES PSÍQUICAS Y MÚSICA

LIC. ROMINA BERNARDINI, LIC. FLAVIA KINIGSBURG, DRA. PATRICIA PELLIZZARI, MT. GERMÁN TUÑÓN.

El equipo ICMus viene desarrollando desde el año 1998 tareas en las áreas de investigación, clínica y prevención musicoterapéutica con el objetivo de contribuir en el establecimiento de modos de vida saludables en la población y de profundizar los aspectos técnico - metodológicos que vehiculicen dicha meta.

Sabemos que la vejez puede ser considerada como “solo” un declinar de las funciones vitales o revelarse como un cántaro de saberes emocionales

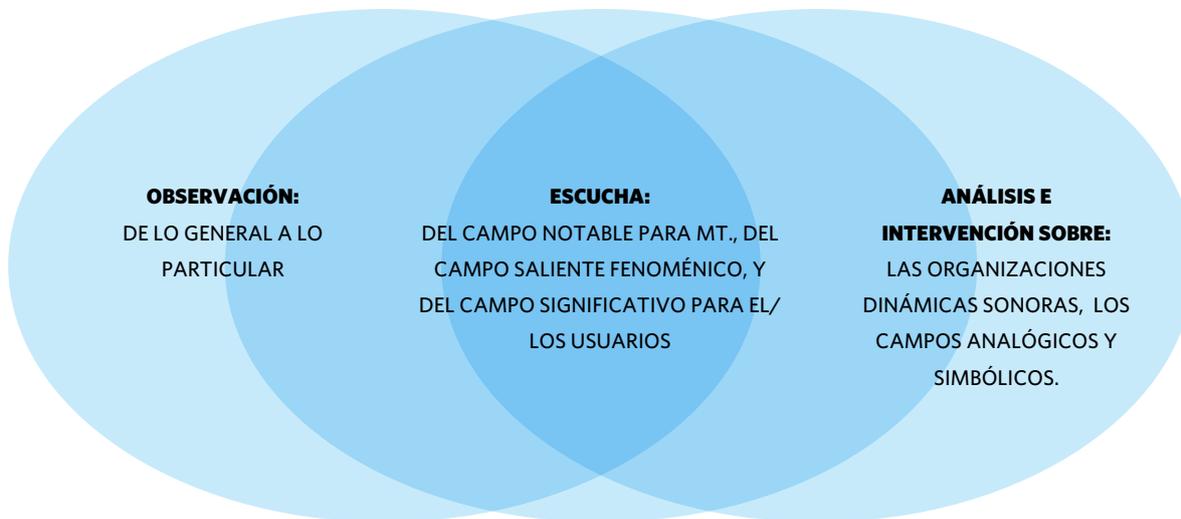
y simbólicos para quienes tienen el desafío de acompañarla o atravesarla.

Este trabajo intenta describir dos vectores que ofrece la actividad sonora: por un lado la puesta en evidencia del estado de las funciones psíquicas para su evaluación diagnóstica y la potencial movilidad del estado inicial dada la pregnancia de las mismas a la música y a lo sonoro; y por el otro, los procesos de integración que el equipo se propone a partir de dispositivos basados en la integralidad.

El objetivo principal de la Musicoterapia es utilizar las cualidades intrínsecas de la experiencia sonora - vincular en un dispositivo apropiado y conducido responsablemente por un musicoterapeuta universitario que va delineando las intervenciones y técnicas adecuadas para las demandas, contextos y necesidades de los usuarios.

Las funciones básicas que cumple la Musicoterapia en todas las áreas de su incumbencia son:

- Facilitar la sensibilización subjetiva a través de lo sonoro.
- Habilitar y contener la expresión espontánea.
- Fortalecer las capacidades emocionales, vinculares, cognitivas y sensoriomotrices y la conciencia de sí (fortalezas y debilidades).
- Acompañar procesos de aceptación y transformación de lo no deseado.
- Promover la salud integral y el lazo social.



¿Que son las funciones Psíquicas?

El sujeto es una compleja unidad biopsicosocial en la que sus componentes son variables (funciones) que se interrelacionan en dinámicas singulares.

Todas las funciones se apoyan en el cuerpo biológico y cerebral y paralelamente se constituyen en psiquismo.

Funciones son:

- Cognitivas: Juicio - Organización del Pensamiento - Simbolización. Emocionales: Afectividad - Plasticidad Psicológica.
- Sociales – Vinculares
- Sensoriomotoras

¿Qué son las funciones sonoras ?

Una función sonora es un procedimiento que rige o regula la improvisación otorgándole una lógica organizacional singular (Forma Estética).

Direcciona la relación entre dos o más elementos

otorgándole una estructura o diseño particular (regla que organiza la expresión).

Funciones sonoras: diferenciación – selección – combinación – variación – repetición – constancia – integración creativa.

Las funciones sonoras sustentan las posibilidades subjetivas de la expresión, indicando el grado de plasticidad y fluidez con que el sujeto dispone simultánea y secuencialmente los elementos sonoros. Por eso están íntimamente ligadas a los procesos cognitivos, emocionales y vinculares.

¿Que relación poseen entre ambas?

Pavlicevic

Concepto de forma dinámica: “Es una forma cuyos rasgos no son exclusivamente musicales, pero tampoco son exclusivamente emocionales. Más bien, la forma dinámica es consecuencia de las funciones psicológicas de explorar, comunicar y recibir la emoción en forma de sonidos organizados”.

(Traducción Schapira, 2002)



PROCESO QUE VA DE LA PRODUCCIÓN AL DISCURSO
(ESTÉTICO - SUBJETIVO)
A TRAVÉS DE LAS FUNCIONES SONORAS.



LA ACTIVIDAD. REFLEXIONES SOBRE ALGUNAS PARTICULARIDADES DEL QUEHACER MUSICOTERAPÉUTICO EN EL TRABAJO CON ADULTOS MAYORES

MT. ANDREA BARRETO.

Introducción

Los quiero invitar a realizar una reflexión entorno al concepto de “actividad” debido a algunos importantes límites u obstáculos concretos que la musicoterapia como práctica recibe cuando se la requiere como hacedora de actividades, impidiéndosele de esa manera desarrollar aspectos específicos e irreductibles de su quehacer en el campo de la vejez.

Para allanar o sortear esos límites seguramente deberemos en principio indagar en cuales son los posibles condicionamientos socio-históricos que han llevado a este estado de cosas en la actualidad.

El recorrido que les propongo tiene dos líneas elegidas, sabiendo que puede haber infinitas más, que a mi entender son ilustrativas acerca de lo que necesitamos reflexionar; dos situaciones que en un primer momento parecerán disímiles y muy poco conexas pero que, verán como luego, se acercarán, se interrelacionarán y tomarán el mismo punto causal.

El primer recorrido está vinculado a la visibilización de como el concepto de “actividad”

impone un límite a lo específico de nuestro quehacer a través de una división a priori derivada de una supuesta jerarquía y criterio de selección de los pacientes donde se valora el “poder hacer” o dicho de otra manera, el “poder participar de una actividad” - en forma aunque suene redundante- “activa” que incluye o que excluye según se acceda o no a esa posibilidad.

El segundo recorrido rondará en torno a la visibilización de cómo el concepto de actividad impone otro límite, en este caso un a priori arraigado a los dispositivos institucionales y modalidades de abordajes, relacionado con la instalación de un formato escolarizado y/o científicista a diferentes niveles.

Cuando digo a priori estoy tomando un concepto de a *priori histórico*¹ de la epistemóloga Esther Díaz, **a priori discursivo que abarcaría el imaginario social vigente pero también y principalmente las prácticas y discursos socio-históricos condicionantes. (lo que otros autores llaman condiciones de producción de las prácticas y discursos sociales).**

El objetivo de esta reflexión es que podamos entonces rescatar, valorar y privilegiar algunos aspectos de nuestro quehacer que

1. Díaz, Esther. La posciencia. Ed. Biblos. Buenos Aires, 2007

en ocasiones quedan enredados por dichos requerimientos socio-históricos.

Desarrollo

Primer recorrido:

Hace algunos años era frecuente que las personas vinculadas laboralmente a las instituciones en las que trabajábamos -administrativos, personal auxiliar, médicos, enfermeras, profesionales de otras áreas, nos hicieran la pregunta ineludible....

¿Qué hacen con vos los abuelos...? o... ¿vos qué les haces hacer a los abuelos?

(digo “abuelos” porque así era como en general se llamaba a los viejos en aquel entonces en casi todos los dispositivos institucionales gerontológicos) Del lado del paciente este requerimiento se escuchaba en los siguientes planteos “no, él / ella no puede hacer nada...para que lo vas a llevar?

o... ¿lo llevas a ...X...? pero mira que no hace nada....

Podríamos generalizar diciendo que aquella “curiosidad” quedaba en principio disculpada, comprendida y atribuida al desconocimiento que en aquel entonces había sobre la materia de nuestra práctica.

Pero transcurridos los años, y a pesar de que en la actualidad ya se conoce y convoca a la musicoterapia como disciplina exitosa, y recomendable, por su eficacia y valor,- volvemos a encontrarnos con aquella prehistórica pregunta en este caso con ropajes sofisticados, pero idéntica en su requerimiento institucional/ profesional.....

¿Vos qué actividades haces? ¿Seguís un protocolo o programa de actividades?

¿Realizas con pacientes con demencias o deterioro cognitivo algún tipo de actividad particular? ¿Y los

pacientes depresivos hacen algo con vos?

Nuestra llegada (demanda) a cualquier dispositivo institucional que aborde las problemáticas del viejo, estará vinculada con el pedido de un hacer “hacer”. Tanto desde el pedido concreto, como desde cierto imaginario, no aparece en general...

vos que les haces sentir o... vos que les haces pensar... oque les propones....

En la actualidad entonces el requerimiento hacia el musicoterapeuta a “hacer- hacer” no se ha modificado substancialmente con el tiempo.

Pero para comprender ampliamente **este mecanismo es fundamental explicitar que este requerimiento institucional-social no está dirigido privativamente a la musicoterapia. Estas preguntas también podrían estar dirigidas a otras áreas de abordaje.** Les cuento una anécdota reciente que muestra que esta cuestión excede nuestra área de trabajo:

Me re-encuentro luego de muchos años con un profesional del área de psicología con el que supe trabajar en una residencia geriátrica y otros proyectos. Al hablar de nuestra evolución en el trabajo en estos años.....el me comenta: “yo no hago más trabajos individuales en las instituciones... ahora me dedico a hacer actividades” ...

También la implementación de actividades **no es privativa de nuestro campo específico... del trabajo con viejos ; quienes han transitado otras áreas de trabajo por ejemplo áreas como las de musicoterapia** y personas con necesidades especiales o con pacientes con alteraciones neurológicas, saben que “la actividad es la vedette” entre las planificaciones re-educativas y/o re-habilitadoras que allí se plantean.

Es evidente entonces que se trata de un requerimiento social desde un discurso

que atraviesa las diversas prácticas del abordaje del paciente añoso, -(aunque en musicoterapia, como veremos también, tomará ciertas particularidades).

Entonces en resumen en este primer recorrido:

Hay un requerimiento social-institucional de larga data que llamaré “hacer-hacer” (1), que renovado desde lo discursivo y las prácticas concretas... permanece a lo largo del tiempo, que no es privativo del campo de la gerontología, y que tampoco es privativo como requerimiento hacia la práctica musicoterapéutica pero que la condiciona y la atraviesa, junto a otras prácticas.

Segundo recorrido:

También hace algunos años era frecuente que las personas vinculadas laboralmente a las instituciones en las que trabajábamos hicieran el comentario ineludible de ...*“llegó la profesora” preparen el salón que va a dar la clase... o preguntas como ¿vos sos la maestra de música? o ¿Vos sos la profesora de canto?*

En la actualidad dicho requerimiento e imposición llega y persiste travestido con el nuevo ropaje científico de *“llegó la licenciada o la doctora que va a realizar las actividades musicales”*.

Al igual que en el primer recorrido también encontramos que en la actualidad el requerimiento hacia el musicoterapeuta a trabajar dentro de un abordaje pedagogizado o escolarizado - no se ha modificado substancialmente con el tiempo, a lo sumo se lo ha doctorizado o licenciado para devenir científico...

No solo el abordaje se escolariza, también el dispositivo institucional se llena de reglas vinculadas a un espacio (encuadre y dispositivo) escolar. Se habla de salones, recreos, notas para la familia, etc. Hay horarios de ingreso y egreso obligatorios. Prohibiciones dentro de los horarios de actividad (se establecen reglas de colaciones sólo en los horarios de recreos) etc. El dispositivo institucional esta completamente familiarizado con las características de una “escuela”.

En relación al musicoterapeuta se solicitan documentaciones híbridas entre lo que sería informes clínicos y pedagógicos, por ejemplo se piden informes valorativos, pero también se piden planificaciones con actividades.

Las situaciones de “escolarización” rápida y peligrosamente devienen en infantilización:

La lic. **Débora Paola Di Domizio** lo explica claramente citando a Birgin y Pineau (1999). *“Los autores sostienen que...en la modernidad comenzó el proceso de diferenciación de las edades, y el colectivo infancia - y más tardíamente juventud - fue separado del de los adultos. Así se aportó preponderantemente a la construcción de la especificidad de la infancia, diferenciándola de la adultez. El niño fue comprendido como un ser incompleto, lo que lo convirtió en un sujeto que debía ser educado en instituciones específicas. Se construyó un sujeto pedagógico, el “alumno” (...) Desde entonces, educar es completar al niño para volverlo adulto, lo que llevó a una infantilización de todo aquel que, en cualquier circunstancia ocupara el lugar de alumno” (...)*

“Lo verdaderamente cuestionable de esta perspectiva, reside en que los propios viejos se han “hecho cargo” de estos prejuicios”.²

Así por el lado de los pacientes al encontrarse

2. Di Domizio, Débora Paola Representaciones de la vejez en el profesorado en educación física Red latinoamericana de gerontología. Enero de 2008 www.gerontologia.org/portal (la negrita es mía) Aura Marlene Márquez Herrera denomina “infantilismo” a aquellas actitudes, modos, discursos y prácticas que poseen ciertos agentes sociales en su trato con adultos mayores, a quienes se dirigen como si se tratase de niños. Crean que en la vejez, los sujetos vuelven a ser infantes y, por lo tanto, necesitan cuidados, vigilancia y que otros

con el dispositivo que se les ofrece denominado como “lugar donde se realizan actividades” se refuerza esta identificación de la práctica musicoterapéutica con las actividades escolares y/o infantiles.

Tampoco este requerimiento institucional-social esta dirigido privativamente a la musicoterapia. El dispositivo de características escolares esta implementado para todas las áreas. (aunque no queremos minimizar que en musicoterapia existe un plus que se sobre- imprime por haber nacido como práctica pedagógico-musical)

En este segundo recorrido vemos la marca de un **condicionamiento y requerimiento social-institucional de larga data que llamaré “escolarización o escolarización cientifizada” (2), que renovado desde lo discursivo y las prácticas concretas.....permanece a lo largo del tiempo, que no es privativo del campo de la gerontología y que tampoco es privativo como requerimiento hacia la musicoterapia pero que la atraviesa y condiciona junto a otras prácticas.**

Habíamos dicho que ambos recorridos llegarían a un mismo punto: no podemos retrasar más el planteo fundamental que realizaremos en esta reflexión que es la de preguntarnos

¿qué es lo que “la actividad” le impone a la práctica musicoterapéutica?

¿Qué condicionamiento social esta invisibilizado detrás de estos dos ejemplos?

El punto de partida para buscar una aproximación a una respuesta, es el hecho de que el **condicionamiento a través de la actividad que hemos mencionado excede lo gerontológico, y abarca una línea de tiempo que no sufre de ruptura desde larga data; es un requerimiento**

social cuyo poder condiciona a través del tiempo y los espacios... cierto poder duradero y por lo tanto hegemónico.

Es decir que la actividad... concepto tan nimio y pequeño como se lo conoce, entonces se vincula a un tipo de requerimiento social muy abarcativo, poderoso y por cierto omnímodo.

Encontraremos de la mano del confrontativo Michel Foucault algunas líneas explicativas del origen de dicha imposición solapada que la aparente inocente actividad porta.

El autor hace una interesantísima descripción y fechado histórico sobre un fundamental cambio en la forma en que la sociedad ejercía el control sobre los individuos.... Aquí en esta bisagra histórico-social es donde los invito a que nos retrotraigamos y ubiquemos el origen de nuestra, a primera vista, inocente y actual “actividad”.

Él describe hasta el siglo XVII una sociedad sojuzgada por un poder de control social que actúa por expulsión y segregación, (tomando la metáfora del modelo médico frente a la lepra). Dicho poder, con el advenimiento de la modernidad, (siglo XVIII) sería reemplazado por otro tipo de poder inclusivo y positivo (el autor esta vez usa la metáfora del modelo de intervención social sobre la peste):

... “El reemplazo del modelo de la lepra por el modelo de la peste corresponde a un proceso histórico muy importante que, en una palabra, yo llamaría la invención de las tecnologías positivas del poder. (...) Pasamos de una tecnología del poder que expulsa, excluye, prohíbe, margina y reprime, a un poder que es por fin un poder positivo, un poder que fabrica, (...) técnicas de poder tales que éste ya no actúa por extracción, sino por producción y maximización de la producción (...)

tomen las decisiones. Esto crea una situación de dependencia absoluta, ya que las personas de edad asumen esas actitudes como normales, como una verdad irrefutable, y esto lleva a la naturalización de este trato o forma de relación (...) implica la pérdida de su condición de sujetos (...) niega la individualidad y el derecho a la diferencia”.

... “estamos ante un intento de maximizar la salud, la vida, la longevidad, la fuerza de los individuos”

El autor plantea así un pasaje a un nuevo **poder disciplinario**:

... “(a las disciplinas) se les pide desde ahora (...) el desempeño de un papel positivo, haciendo que aumente la utilidad posible de los individuos”³ (...) las disciplinas funcionan cada vez más como unas técnicas que fabrican individuos útiles. Se puede, pues hablar en total de la formación de una sociedad disciplinaria”⁴

Empezamos entonces a **visibilizar donde se originó esa valoración que describimos en el recorrido 1) del “hacer- hacer” a través de las actividades.**

Por otro lado a partir de la lectura de la obra de Canguilhem y Foucault también sabemos que las prácticas pedagógicas y psiquiátricas a partir de esta bisagra histórica comienzan a funcionar no solo como tecnologías positivas de poder, sino también como *técnicas científicas y disciplinas con efecto de normalización*⁵ donde **el hospital y la**

escuela pasan a ser los lugares de la elaboración de una medicina y de una pedagogía como ciencias y a la vez, como laboratorios para llevar a cabo el trabajo de disciplinamiento.

Por lo tanto de esta manera visibilizamos también en esta bisagra histórico-social el origen de la primacía de los formatos escolares y/o científicas que acompañan a las actividades que se ofrecen dentro de los dispositivos institucionales, que habíamos descrito en el segundo recorrido.

Hasta aquí quisimos visibilizar como “la actividad” se vincula fundacionalmente con las disciplinas de normalización, y en la actualidad aún opera como tecnología de poder positivo, es decir poder que aumenta y extrae lo útil.

Por otro lado también afirmábamos que **su problematización como límite y condicionamiento en el abordaje musicoterapéutico no era exclusiva del campo gerontológico, pero que en él tomaba una forma particular.** A continuación atenderemos algunas de dichas particularidades.

3. Foucault Michel. *Los anormales*. Ed. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires 2000 (la negrita y el subrayado es mío)

4. Foucault .Michel. *Vigilar y Castigar*. Editorial siglo veintiuno. Buenos Aires.2006 (la negrita y el subrayado es mío)

5.Foucault, Michel. *Los anormales*. Ed. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires 2000

28 VIVA QUINO



De la lectura de la historieta queremos realizar la siguiente consideración:

- La historieta deja ver como en la actualidad hay una renovada y persistente hegemonía de los discursos y prácticas provenientes desde lo que Lic. Ricardo Iacub engloba como narrativas científico-médicas de la vejez, lugar desde donde se le da sustento y fuerza a las tecnologías del poder disciplinar (actividades) de las que venimos hablando.

Cito: “Muchos aún parecen anhelar ciertos sentidos tradicionales otorgados a la vejez La lectura que se origina en el siglo XIX, y cuyo impacto aún percibimos, estuvo atravesada por el discurso científico y medicalizado sobre la vejez (que dejo) de ser una cuestión existencial y de tratamiento moral, social y espiritual para convertirse en un problema técnico básicamente consagrado a la medicina El viejo resultó inspeccionado desde su cuerpo (...) lo que produjo una moral del cuidado (...) Moral claramente victoriana ya que para cumplir habrá que evitar excesos, lo que equivale a limitar los goces y los deseos.”⁶

También en la historieta se puede entre-ver como opera en forma inquisidora dicho poder disciplinario sobre las creencias -y por lo tanto sobre las prácticas- que poseen los pacientes añosos, acerca del valor de la música y su vínculo con la salud.

- Pero por otro lado, por el humor con el que está tratada dicha presencia hegemónica del poder disciplinar, la historieta muestra que la vejez puede ser leída también desde otras narrativas (en este caso desde la literatura y sospechamos desde el imaginario social.)

En palabras del propio Iacub: “ Se ha comenzado a narrar al sujeto de maneras novedosas....(...) “ el problema del manejo científico del envejecimiento (...) dejó un margen de malestar que hoy estamos cuestionando”.⁷

A continuación les leo una selección de algunos elementos de los que Iacub describe como provenientes de las narrativas de la vejez desde el arte (el cine); esta selección la guié deteniéndome en aquellos elementos que contradecían a las narrativas científico-médicas (reflejadas en la historieta)

“El tiempo acucia y llama a aprovecharlo intensamente (...)

Lo que vale es el deseo puesto en juego (...) La edad parece ser más irrelevante (...)

Recorridos vitales como epopeyas (nuevas lecturas de sí) (...)

El erotismo es un ingrediente que se vuelve lógico (...)

El amor y el deseo.... El heroísmo de aquel que despojado de sus atavíos juveniles (...) se atreve a desear apasionadamente.

El disfrute....de abordar nuevos rumbos.... (...)⁸

No fue azarosa nuestra elección acerca de las narrativas desde el cine (el arte)

No es coincidencia que aquello que Iacub relata como elementos que surgen desde las nuevas narrativas de la vejez desde el arte, se asemeje en gran medida a lo que aparece en los abordajes musicoterapéuticos en el trabajo con pacientes añosos cuando nos corremos del requerimiento de los discursos y prácticas disciplinantes.

6. Iacub, Ricardo Estéticas de la existencia: ¿La vida es bella en la vejez? Artículo publicado en la revista Perspectivas en Psicología-Revista de Psicología y Ciencias Afines 2008, vol. N° 5, N° 2, Numero Especial: El envejecimiento y la vejez: otras perspectivas. Universidad Nacional de Mar del Plata.

7. Iacub R. op cit

8. Iacub, R op cit.

En forma intencional les voy a leer una viñeta clínica seguida de un fragmento que Iacub recorta de la película Elsa y Fred. (Carnevale, 2005)

Viñeta clínica descripta por el Lic. Enrique Nicolaás en su escrito Los puentes del tiempo :

“Raquel tiene 92 años y solo compartió tres meses en el grupo, ella venía a recuperarse de una operación de cadera. Cuando entró a la sesión traída por su acompañante, decididamente pidió “el tambor grande”, tocó y tocó distintos patrones rítmicos, intercalando la voz en alguno de ellos, o moviendo los hombros. Ella venía de estar varios meses en la cama: “sabes Enrique, en este momento quisiera desnudarme y bailar sobre la mesa” (...) “claro cuando estuve en un cabaret en París con mi marido, había una muchacha que se duchaba desnuda en una bañera, luego en el hotel yo le bailé a él, solos, los dos en el cuarto”.⁹

En La *Dolce Vita* la protagonista se “baña y baila” de noche en la Fontana de Trevi”; en Elsa y Fred la protagonista octogenaria cumple su sueño de protagonizar la misma escena. Nos dice Iacub : “*Dolce vita* vaya metáfora, donde Anita Ekberg puede ser reemplazada por China Zorrilla ya que lo que vale es el deseo puesto en juego, y la edad (...) parece ser más irrelevante”.¹⁰

Este es un intersticio desde donde podemos entonces empezar a pensar aquello para lo que este escrito nos convoca....poder visibilizar como los aspectos irreductibles de nuestra práctica pueden ser elementos significativos para los propios pacientes añosos permitiéndoles posicionarse, frente a los condicionamientos y requerimientos de los poderes disciplinantes, en forma estratégicamente beneficiosa para su devenir vital.

Por otra parte no queremos pecar de ingenuos... sabemos que el poder hegemónico de las narrativas

científicas con sus dispositivos disciplinantes están instalados tanto en el imaginario social, como en las prácticas y discursos de los pacientes, de los colegas profesionales y de nosotros mismos...por lo tanto este trabajo no abona la idea de sólo sortearlos o ignorarlos, por el contrario sostenemos la idea de trabajarlos.

A continuación describimos tres modalidades:

a) Trabajo desde los intersticios de la institución y el equipo profesional:

Es importante recalcar que desde el interior de las instituciones parte del equipo capta algo de cierta diferencia que la musicoterapia plantea en relación a lo que significa un “hacer diverso” y que claramente excede el formato de actividad como tecnología disciplinaria:

Se acerca a nosotros una enfermera con quien venimos transitando largos años en una institución y nos dice: “La familia de X está muy contenta porque puede “participar” de una “actividad diferente de las demás” (...) ella no puede hacer cosas...en cambio con la música es distinto.....ella se conecta”...

“... te la llevo a X porque viste ...no está lúcida... pero seguro que ..con la música y con vos... puede hacer algo.....”.

Desde algún profesional más formado también escuchamos... “¿cómo se ienganchan con tu actividad!!...”

Por lo tanto hay un registro a nivel institucional –profesional que en algunas ocasiones toma revista de que la musicoterapia, aunque para ellos una actividad, cuenta con una otra potencialidad que valoran .

b) Trabajo desde los intersticios de la propia

9. Nicolaas E, Los Puentes del tiempo Ponencia . Setiembre 1998

10. Iacub, Ricardo. Op. Cit

práctica o quehacer:

...La práctica muestra el rumbo... **lo que aparece en nuestro quehacer** (recordemos la viñeta clínica) **aparece irrumpiendo, ligado a las creencias individuales, a los recuerdos significativos, ligados a la historia de vida afectiva, a un cuerpo que se escapa de la lectura médica, en síntesis, a un sujeto que sortea una posición ligada al disciplinamiento, haciendo reaparecer en el trayecto lo emocional, lo vincular, lo erótico, el juego, etc. Pero a la vez, como ya dijimos, le será imposible abstraerse totalmente de todo requerimiento social. Adherirá a un tipo de narratividad que en mayor o en menor medida, lo condicionará y lo sujetará.**

Por lo tanto y esto es fundamental, no se tratará de demonizar las narrativas científicas o desestimar los formatos pedagogizados que ya están arraigados al imaginario de los propios pacientes, por el contrario, se los tomará para ser trabajados y desconstruidos a condición de que se presenten **EXPRESADOS A TRAVÉS DE LAS CREENCIAS DE LOS PACIENTES...**

En otras palabras dejarle al paciente añoso que sea él el que realice su recorte y elección de su grado de sujeción a las disciplinas; tomar su creencia como herramienta estratégica frente a la coyuntura vital del envejecer.

c) Trabajo desde los intersticios de la reflexión teórica deconstructiva (lo que estamos haciendo hoy en este evento).

Enumero para concluir algunas deconstrucciones posibles entorno a los dos límites mencionados en torno a “la actividad”:

1) A partir de la división a priori derivada de una supuesta jerarquía y criterio de selección de los pacientes donde se valora el “poder hacer”,

desconstruir el significado de Activo-Pasivo:

Cuantas veces trabajando sobre todo en residencias geriátricas vemos que quienes eligen no participar de las “actividades” son quienes han encontrado algo del orden individual que los preserva saludablemente.

¿No es más activo elegir no hacer, que hacer por hacer?

En vez de preocuparnos por los viejos que pudiendo, no hacen, busquemos formas para facilitarles un hacer a aquellos viejos que queriendo, no pueden hacer.

2) A partir del a priori arraigado a los dispositivos institucionales y modalidades de abordajes, relacionado con la instalación de un formato escolarizado y/o científico, desconstruir el significado de la Escolaridad en la vida del paciente añoso:

Existen conocidas formulaciones en la actualidad sobre la fundamental interrelación de las dimensiones bio-psico-sociales en cualquier dispositivo terapéutico ofrecido a los pacientes añosos; hasta en los planteos de mayor sesgo cognitivistas u organicistas aparece la valoración de lo emocional, lo relacional (social) como elemento influyente y necesario a la hora de implementar cualquier propuesta; F. Berriel y R. Perez-Fernández citan desde las neurociencias a *Bechara (...)* *A. Damasio (...)* *M. Solms (...)* *K Kaplan (...)* como *algunos antecedentes relevantes en ese sentido*.¹¹

Y aquí en la Argentina podemos mencionar en esta línea las propuestas de la estimulación global de la T. O. Magalí Risiga.¹²

A pesar de ello las prácticas de entrenamiento cognitivo aún sin proponérselo, tienen

11. Berriel, F. y Perez-Fernández, R. Psicoterapia en pacientes con demencia y sus familias. Artículo –ponencia presentado en las VIII jornadas de Psicología de la tercera edad y vejez. “Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento”. Editorial Universitaria de Buenos Aires 2009.

12. Acuña, M y Risiga, M. Talleres de activación y entrenamiento de la memoria. Ed. Paidós Buenos Aires- Barcelona

la tendencia a generar un ambiente de escolarización que como ya mencionamos al inicio peligrosamente pueden derivar en “infantilización”

¿Cómo puede evitarse? ¿En que medida pueden las neurociencias y las practicas neo-cognitivistas que son una importante opción para el viejo como elección estratégica reitutiva en muchos sentidos , modificar dicho peligro?

A continuación una posible forma:

“Lo cognitivo” y “las actividades” reenvía al paciente añoso a una etapa de la vida entre niñez y adolescencia...

Así “la maestra” o la “profesora” el salón, los pupitres, los conecta con recuerdos y fantasías muy valoradas y atesoradas. En general, en los dispositivos de centro de día es frecuente reencontrarnos con “la rabona” “el ramo de flores para la seño” o “disturbios adolescentes ... rebeldíasintra –“clase”... jolgorios , chistes de doble sentido y humoradas cuando “la maestra no los escucha o no los ve”

Aparecen los recuerdos.... los valores de antaño.... los valores patrióticos (nacionales), los valores familiares, etc. **Todo ello material pausable y rico para re-trabajar en sesión por ejemplo, musicoterapéutica, entre otras posibilidades.**

¿Será entonces una posible solución que quien coordine un dispositivo de entrenamiento cognitivo pueda contar en el equipo con algún profesional capacitado para poder re-trabajar estos elementos a la luz de resolver la situación problemática planteada en torno al peligro de la infantilización?

Quiero terminar este escrito con una frase que pertenece al Lic. Ricardo Iacub que significativamente y casualmente fue dicha en las que fueron las primeras jornadas de Musicoterapia

y Gerontología que organizara Asam., allá por el año 1999. Pertenece a una ponencia de título muy provocativo: *La ética de la Gerontología en tiempos de revolución*; la frase que les digo creo yo que de alguna manera, esta muy vinculada al espíritu de la idea que hoy quise compartir con ustedes:

“Somos mas libres de lo que creemos, no porque estemos menos determinados, sino porque hay muchas cosas con las que podemos romper”

Ricardo Iacub.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, M y Risiga, M. Talleres de activación y entrenamintote la memoria. Ed. Paidós Buenos Aires- Barcelona

Berriel, F. y Perez-Fernández, R. Psicoterapia en pacientes con demencia y sus familias. Artículo –ponencia presentado en las VIII jornadas de Psicología de la tercera edad y vejez. “Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento”. Editorial Universitaria de Buenos Aires 2009.

Díaz, Esther. La posciencia. Ed. Biblos. Buenos Aires, 2007.

Di Domizio, Débora Paola Representaciones de la vejez en el profesorado en educación física Red latinoamericana de gerontología. Enero de 2008 www.gerontologia.org/portal

Foucault, Michel. Vigilar y Castigar. Editorial siglo veintiuno. Buenos Aires.2006

Foucault, Michel Los anormales. Ed. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires 2000

Iacub, Ricardo Estéticas de la existencia: ¿La vida es bella en la vejez? Artículo publicado en la revista Perspectivas en Psicología- Revista de

Psicología y Ciencias Afines 2008, vol. N° 5, N° 2, Numero Especial: El envejecimiento y la vejez: otras perspectivas. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Iacub, Ricardo. La ética de la Gerontología en

tiempos de revolución Ponencia 1º jornadas de Musicoterapia en Geriatria y Gerontología Asam. Octubre 1999

Nicolaas, Enrique. Los Puentes del Tiempo. Ponencia septiembre 1998.

MUSICOTERAPIA EN TERCERA EDAD: UNA PERSPECTIVA DESDE LA NARRATIVA IDENTITARIA

LIC. MARCOS VIDRET, MT. CLARA GALLIANO, LIC. NATALIA ALVAREZ.

En el presente trabajo intentaremos tratar el tema de la continuidad de la identidad en el envejecimiento abordando las siguientes cuestiones: identidad narrativa - narrativa identitaria; trama argumental; configuraciones de la identidad narrativa; cambios discursivos; empoderamiento; desarrollo y envejecimiento.

Pensando al anciano desde una mirada integral, como conformador de una sociedad que tiende a desvalorizarlo; basado en prejuicios que nada tienen que ver con la realidad del sujeto que envejece, es que nos planteamos algunos puntos para reflexionar. Las situaciones de duelo, pérdidas en los distintos órdenes de la vida, el peso de los prejuicios sociales, etc. ponen en riesgo la integridad del envejeciente, lo tornan vulnerable y llevan al desempoderamiento que enferma física y psíquicamente. Se pone en riesgo la continuidad de la identidad, provocando un estado de desorientación en el viejo que lo desespera y le impide reencontrar los referentes que lo guiaban y le brindaban una integridad narrativa.

Nos preguntamos cómo podemos pensar un posicionamiento, recursos, lineamientos metodológicos para dar direcciones más saludables a la problemática que atraviesa al viejo; de qué modo los musicoterapeutas podemos intervenir para ser agentes de cambio en esta sociedad de la cual todos somos partícipes.

Podemos establecer entonces, que desde una dimensión social, el concepto de vejez es favorecedor del desempoderamiento que sufre el viejo. Este término se define como “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad”. R. Iacub refiere sobre este tema, que el proceso de confrontación con diversos estereotipos sociales negativos minan lenta y progresivamente la consideración que los mayores tienen de sí mismos, ya que los comienza a identificar con la debilidad intelectual, física, con la improductividad, la discapacidad sexual etc., limitando con ello la autoestima necesaria para mantener su autonomía e independencia”. Levy hace referencia a que experiencias científicas muestran que estereotipos negativos contra la vejez, traen como consecuencia una sensación de amenaza a la integridad personal, menor rendimiento a nivel de la memoria, en el sentimiento de autoeficacia, y en toda una serie de retiros y descompromisos anticipados de roles laborales y sexuales.

R. Iacub, reflexiona sobre este tema diciendo que el desempoderamiento producido por los prejuicios sociales no solo disminuyen la eficacia, sino que también enferma psíquica y físicamente, reduciendo la calidad y cantidad de años de vida.

Musicoterapia en tercera edad: Una perspectiva desde la narrativa identitaria

Una propuesta posible sería tomar en cuenta la noción de **configuración identitaria**, que fortalece la **narrativa existencial** a través de la **continuidad y flexibilidad** del sí mismo, incluyendo el desarrollo de la **reminiscencia** para promover capacidades que lleven al **empoderamiento**.

Configuración: es una operación que permite restablecer una representación de sí mismos más equilibrada, donde los cambios y hechos disruptivos puedan ser procesados y así posibilitar una mayor integración. La configuración está relacionada con la temporalidad.

La **reminiscencia**, es una modalidad introspectiva que se realiza a través del recuerdo y permite a las persona en su vejez darse continuidad y coherencia ante situaciones difíciles de transitar, como pérdidas, rupturas, o por cercanía de la muerte.

La **función narrativa**, implica la tarea de aprehender un conjunto de circunstancias discontinuas y no coherentes, dándoles un sentido que vuelva comprensible la historia personal ayudando al viejo a percibir y reconocer un sentido de identidad.

A través del relato se configura y reconfigura la identidad de un sujeto a lo largo del tiempo, y en ese transcurrir, en esa trama, se encuentran articulaciones entre su historia de vida y ciertas interpelaciones musicales.

Para Pablo Vila, la compleja relación entre identidad social, sistemas clasificatorios e interpelaciones musicales, narrativas de sí mismos y de los otros, permiten comprender el proceso de construcción identitaria de cada persona.

¿Cómo colabora la música en los procesos identitarios?

La música popular es un tipo particular de artefacto cultural que provee a la gente de diferentes elementos que tales personas utilizarían en la construcción de sus identidades sociales. De esta

manera, el sonido, las letras y las interpretaciones, por un lado ofrecen maneras de ser y de comportarse, y por el otro ofrecen modelos de satisfacción psíquica y emocional. (Vila: 1996)

A su vez, de acuerdo con Simon Frith la música sería particularmente poderosa en su capacidad interpeladora, ya que trabaja con experiencias emocionales particularmente intensas, mucho más potentes que las procesadas por otras vertientes culturales. Esto sería así porque la música popular permite su apropiación para uso personal de una manera mucho más intensa que la ofrecida por otras formas de cultura popular. (Vila: 1996)

Las canciones que eligen los adultos mayores tienen referencias extramusicales variadas: época y lugar de origen (composición), recuerdos ligados a la audición en tiempos pasados y/o recientes, el uso social-político-religioso-etc. que le dio la comunidad, el sentido actual que puede otorgársele por labor reminiscente... A medida que las canciones aparecen en el grupo, se va entretejiendo una trama individual-grupal que ubica cada canción en el hilo argumental, con un sentido nuevo, reminiscente o anclado, fijado, pero sentido al fin. Cada participante "hace nudo" en la trama, en la red, se ubica en ella como personaje, se configura, se narra, se lee, se reconoce. Podremos observar canciones fijadas a emociones, recuerdos, situaciones actuales; canciones que posibilitan la expresión de sentimientos, ideas, proyectos a través de interpretaciones que se encarnan en el presente de esa persona en ese grupo; canciones que afloran ante circunstancias precisas, ante estados emocionales intensos; canciones que se seleccionan conscientemente, se acuerdan, se emplean en proyectos.

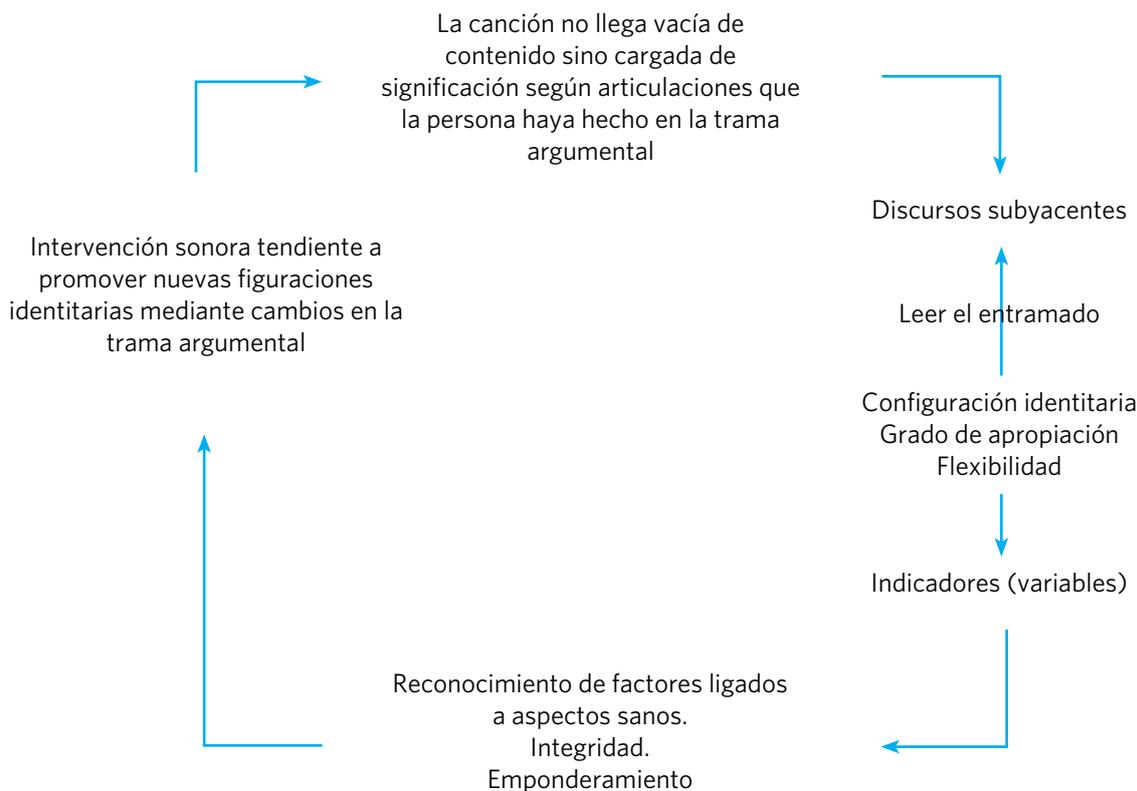
La identidad narrativa emprendida a través de las canciones y músicas populares podría pensarse en un eje temporal que discurre anclándose en canciones y músicas de momentos del pasado, del presente y posibles momentos del futuro.

La persona puede narrar su vida a partir del

vínculo que tuvo y tiene con determinadas canciones. El hilo argumental, la trama, se configurará no sólo desde el lenguaje, sino también desde la historia musical, principalmente, desde las canciones y la música popular. La persona se

constituye como protagonista de una historia cuyo argumento está contado a través de dichas canciones y músicas populares y los sucesos ligados a ellas.

La experiencia musical pensada desde la narrativa indentitaria emerge en el presente y contiene pasado y futuro



A modo de ejemplo: Julio

Llega al hogar por recomendación de su médico de cabecera debido a su reciente situación de viudez. Es por este motivo que puede observarse que se ha producido una *disrupción* que le impone una *refiguración identitaria*. En los primeros encuentros se observa como único sentido de la experiencia musical el recuerdo de su esposa fallecida (refiere que existía un complemento sensorial con su esposa que acrecienta la pérdida). Se plantea una crisis en su proyecto vital.

El valor de la reminiscencia, a modo de permanencia, se produce hacia la historia personal en la banda del servicio militar. Este toque de batería es valorado y habilitado por una concurrente que recuerda a Gene Krupa: habría un recuerdo y gusto musical común, compartido, que es fortalecido por la pertenencia a una misma generación.

Poner en presente esos ritmos de la banda militar,

hace posible su resignificación a través de la integración con las producciones y las devoluciones significadoras del grupo. Este primer acercamiento con lo sonoro se irá ampliando con otros géneros musicales referenciados en recuerdos de variados ámbitos de su vida excediendo aquellos que sólo remiten a su esposa. Canta e invita al grupo a cantar las letras de canciones que él no recuerda pero, se habilita tarareando y haciendo los ritmos básicos en el bombo. Sus pares lo validan, lo toman como referente para unificar sus producciones.

El hilo de la trama se continúa: el pasado a modo de permanencia en el presente fortalecen la integridad personal y le permiten proyectarse a futuro, en el contexto de este taller de musicoterapia. Podemos pensar, además, al grupo de concurrentes que participa del taller como nueva red de apoyo y sostén que se incorpora a la trama argumental, de cuyo *hilo* él es el protagonista. El contexto del taller reinstala la posibilidad del tiempo futuro, *el aún – no – yo* que “según sea visto por el individuo que accede a la vejez como un horizonte convocante o como uno desalentador, rico en oportunidades o agotado, será el tipo de impacto que esta dimensión temporal

tenga sobre el individuo” (García Pintos: 2003). El concurrente menciona “este taller es un bálsamo en mi vida”.

Al decir de Vila, la construcción identitaria consiste en un movimiento constante entre contar y vivir, y entre narrar y ser. Desde el momento que Julio es *interpelado* por la música (la que a la vez que la música ha ido participando de la construcción de las *identidades sociales*), se reactiva la capacidad de *narrar episodios para que sean inteligibles*, y esto es a través de las experiencias musicales con canciones que, a medida que van surgiendo, participan de la construcción y sentido de la identidad, y junto con las referencias verbales que Julio haga al respecto, *conforman eventos que contribuyen significativamente a la historia que está siendo narrada* (Vila).

Una nueva figuración identitaria (Iacub) será posible cuando este suceso, la muerte de su mujer, pase a integrarse a la trama, tal vez, sin llegar a ser la única categoría por la que Julio se defina: “viudo”, sino una más de las tantas que contribuyen a su “personaje”.

La continuidad de la identidad en la vejez en el trabajo musicoterapéutico

Duelos/pérdidas - prejuicios sociales = vulnerabilidad // desempoderamiento

» Ponen en crisis la continuidad de la identidad

REFIGURACIÓN

» la inteligibilidad de la NARRATIVA como experiencia de integridad y coherencia personal facilita la **CONFIGURACIÓN**

EXPERIENCIAS MUSICALES

donde la apropiación flexible de los aspectos referenciales y formales pueden ser **articulados** en la experiencia individual y grupal (**identidad** social por connotaciones de sentido de la cultura) en un trabajo en dos direcciones, al mismo tiempo que explica su vida presente:

- » hacia el PASADO: REMINISCENCIA (permanencia)
- » hacia el FUTURO: PROYECTO (deseo)

Trabajo que apunta a: Afrontamiento = resiliencia // empoderamiento // autonomía

A modo de cierre

Usualmente la gente encuentra los discursos que les permiten armar sus identidades en las diferentes construcciones culturales de una época y una sociedad determinadas. Así, es precisamente en el reino de la cultura donde se desarrolla la lucha por el sentido de las diferentes posiciones de sujeto, y la música es una fuente muy importante de tal tipo de discursos.

Muchas veces una determinada matriz musical “permite” la articulación de una particular configuración de sentido cuando los seguidores de tal matriz cultural sienten que la misma se “ajusta” (por supuesto luego de un muy complejo proceso de ida y vuelta entre interpelación y trama argumental) a la trama argumental que organiza sus identidades narrativas.

La gente parece aceptar una propuesta de sentido porque ésta tiene sentido para su construcción identitaria, esconde un intrincado proceso de ida y vuelta entre interpelaciones y tramas argumentales en donde ambas se modifican recíprocamente.

En la experiencia musical hay interpelación de sentido por el contacto directo con la música (la música demanda ser significada); y significación musical que se plasma a través de una articulación (una dialéctica de sentido) entre música e identidad en una trama argumental (sostenida en aspectos identitarios que se anhela o se cree poseer y construyen mi identidad narrativa).

No elegimos nuestros gustos musicales libremente, ni reflejan nuestra “experiencia” de una forma determinada. El involucramiento de los sujetos en una experiencia musical placentera debe ser construido; dicha construcción es parte de una producción subjetiva. En ese proceso, los sujetos tienen un rol que ocupar (de reconocimiento, consentimiento, rechazo, comparación, modificación); pero no

es rol simplemente creativo o reactivo a la música. Es un rol de articulación a través de una “interpelación dialéctica”, que toma diferentes formas dentro de la cultura popular... la música popular ha estado involucrada en la producción y la manipulación de la subjetividad... la música popular ha estado interesada no tanto en reflejar la realidad social sino en ofrecer formas por las que las personas puedan disfrutar y valorar identidades que ellos creen poseer para sí mismas.

Richard Middleton (Vila: 1996)

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, N. – Galliano, C. – Vidret, M.; “La flexibilidad sonora como factor promocional de la salud en los adultos mayores”. Trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de Musicoterapia, 22 al 26 de julio de 2008, Facultad de Abogacía de la U.B.A., Buenos Aires, Argentina.

García Pintos, C.; “¿Viejo yo? El sentido de la vida en la tercera edad”, en Cita a ciegas. *Sobre la imprevisibilidad de la vida*. Ed. San Pablo. 2003.

Iacob, Ricardo; “Módulo 1. Identidad y vejez”. Material de la cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, Carrera de Psicología, UBA.

Vila, Pablo; “Identidades narrativas y música. Una primera propuesta para entender su relación”. *Revista Transcultural de Música /Transcultural Music Review* 2 (1996) ISSN:1697-0101.

LA MUSICOTERAPIA EN TERCERA EDAD: UNA MIRADA INTEGRADORA.

LIC. CECILIA DI PRINZIO.

El proceso de envejecimiento esta caracterizado por cambios y pérdidas que una persona transita, en todos los aspectos, tanto a nivel de su cuerpo, de su mente, de su entorno social y emocional.

Así como en otras etapas vitales tiene sus propias características y este tránsito es una vivencia individual, ya que depende de la historia personal.

Las personas adultas mayores, según como hayan vivido las experiencias de fracasos o éxitos, si han tenido más o menos emprendimientos y si han puesto en juego la creatividad, es como se darán las condiciones particulares para atravesar esta etapa.

Vengo desarrollando mi trabajo en el área de geriatría y musicoterapia desde el año 95. Y desde esta experiencia es que compartiré diversas visiones de metodología de aplicación y de abordaje.

Mi propuesta en la práctica clínica con tercera edad en musicoterapia es multidireccional: las áreas cognitivas, físicas, psíquicas y emocionales son pensadas y abordadas en forma integral, con diferentes técnicas y actividades.

He denominado a la intervención de la musicoterapia para adultos mayores ***Actividades recreativo-terapéuticas musicales (ARTM)***.

En este contexto terapéutico la recreación 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 pueda encontrar nuevas herramientas y fortalezas para adaptarse así a su situación actual. Es importante estimular en esta etapa de la vida la re-creación.

En cada actividad recreativa musical que propongo está contemplada alguna de las necesidades más importantes para los adultos mayores como: * Favorece al uso saludable del tiempo libre *mejorar el estado anímico *mejorar la psicomotricidad *aliviar el dolor crónico *estimular los procesos intelectuales y de la memoria,* estimular desde los elementos de la música aquellas discapacidades puntuales provocadas por laguna enfermedad en particular.

Esta integración es indispensable para obtener buenos resultados en cada una de las áreas antes mencionadas, que son tan necesarias de ser trabajadas en personas de tercera edad.

Con la experiencia Musicoterapéutica los participantes pueden vivenciar una mejoría en la percepción de su estado general de salud Psicofísica y por ende de su calidad de vida, entendiendo a la misma según la definición de la OMS en 1994 como: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetos, expectativas, valores e intereses".

A partir de la aplicación de la musicoterapia en forma grupal o individual en tercera edad, se pueden implementar diferentes abordajes,

focalizando en mejorar la calidad de vida de los participantes.

Un ejemplo de esta integración es el abordaje de musicoterapia con pacientes con enfermedad de Parkinson. Siendo una enfermedad neurodegenerativa y progresiva la persona poco a poco va deteriorando su calidad de vida.

La propuesta en Mt. estará a mí entender, focalizada en brindar experiencias musicales que puedan ralentar el deterioro generalizado que se va experimentando. Van a confluir en la práctica terapéutica, conceptos vinculados a la rehabilitación neurológica musicoterapéutica junto a sus técnicas específicas, dentro de actividades recreativas terapéuticas musicales.

Así una canción cantada por un grupo de personas con EP en donde se podrá desplegar el placer por cantarla, respondiendo a los gustos grupales (ISO), y la historia de vida, será combinada con técnicas de respiración, relajación y vocalización para que de esta forma se trabaje la musculatura orofacial, que se va deteriorando por esta enfermedad, dando lugar a la típica “cara de póker” donde se pierde expresividad facial, junto a la disartria que provoca la inteligibilidad del lenguaje.

Una canción a parte de ser un vector socializante y expresivo cumplirá el rol de rehabilitar desde la música aquellas capacidades vocales, y del aparato fonador que se van perdiendo. Para aquellas personas que padecen de esta enfermedad, desde mi experiencia, es muy esperanzador mejorar su calidad de vida empobrecida por esta enfermedad a través de una actividad recreadora como lo es la musicoterapia.

Conclusiones:

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Madrid en el 2002, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, elaboró un documento en el cual analiza la demografía del envejecimiento y sobre todo en Latino América, porque se encuentra

en un proceso de rápido envejecimiento de su población y se calcula que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050. Esto se debe en gran parte al exitoso avance tecnológico y medico que aumenta la longevidad y también al descenso de la natalidad a nivel mundial.

Como profesionales de la salud, debemos estar capacitados y especializados en el campo de la tercera edad para afrontar esta necesidad.

Cada vez habrá mas demanda laboral, y sin la formación adecuada se seguirá generando un desmedro o una reducción simplista de nuestra labor, a cantar canciones para entretener.

La especialización nos dará argumentos fuertes, para que la musicoterapia en tercera edad sea una practica solida como otras.

BIBLIOGRAFIA:

* LEOPOLDO SALVAREZA: “Psicogeriatría” Ed. Paidós

* Apunte: MT. CECILIA DI PRINZIO: “ Mt. en geriatría” Revista Actualmente Circulo medico de Vicente Lopez

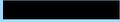
*CECILIA DI PRINZIO: “ Neurorehabilitacion musicoterapéutica para pacientes con enfermedad de Parkinson”, trabajo presentado en el IIX Congreso Mundial de Musicoterapia-Argentina

* MICHAEL THAUT: “Introducción a la Mt. Teoria y Practica.”.

Traducción Melissa Mercadal-Brotons. Cap. 6 Cap II

* RUTH BRIGTH. “La Mt. en le tratamiento Geriatrico” Ed. Bonum

*DR.FEDERICO MICHELI: “Enfermedad de Parkinson y trastornos asociados” Ed. Panamericana



ASAM

Asociación Argentina
de Musicoterapia