

REVISTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM MUSICOTERAPIA

inCantare

Volume 10 N. 1 - jan. / jun. 2019 - ISSN 2317-417X

**Dossiê História da Musicoterapia na América Latina:
Lembrar, Refletir, Compartilhar e Caminhar**

REVISTA IN CANTARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

CAMPUS DE CURITIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



**Governo do Estado do Paraná
Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior**

**Universidade Estadual do Paraná - Campus de Curitiba II
Faculdade de Artes do Paraná
Divisão de Pesquisa e Pós-Graduação**

Universidade Estadual do Paraná / *State University of Parana*

Reitor / *Rector*: **Prof. Ms. Antonio Carlos Aleixo**

Vice-Reitor / *Vice-Rector*: **Prof. Dr. Sydnei Roberto Kempa**

Faculdade de Artes do Paraná / *Arts College of Parana*

Diretora / *Dean*: **Profa Dra. Salete Machado Sirino**

Vice-Diretor / *Vice-Dean*: **Profa. Dra Noemi Nascimento Ansay**

Divisão de Pesquisa e Pós-Graduação / *Research and Graduate Program*

Coordenador / *Coordinator*: **Dra. Cintia Ribeiro Veloso da Silva**

Editora Chefe / *Editor-in-chief*: **Prof. Dr. Rodrigo Aparecido Vicente**

Editoras / *Editors*

Profa. Dra. Noemi Nascimento Ansay - Universidade Estadual do Paraná

Profa Me. Camila Siqueira Gouvêa Acosta Gonçalves - CENSUPEG

Prof. Paula Alicia Meliante González - CEDIAP

Técnicos / *Technicians*

Capa e Projeto Gráfico / *Cover and Graphic Design*: **Wanderson Barbieri Mosco;
Juciene Santos;**

Bibliotecário / Librarian: Mary Tomoko Inoue

Orientadores/ *Advisors*

Ms. Ana Maria Caramujo Pires de Campos Ms. Jakeline Silvestre Fascina Vitor

Laureate International Universities

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Dr. André Acastro Egg

Dra. Leomara Craveiro de Sá

Universidade Estadual do Paraná

Universidade Federal de Goiás

Dr Carlos Fernando França Mosquera

Dra. Luciana Barone

Universidade Estadual do Paraná

Universidade Estadual do Paraná

Ms. Clara Márcia de Freitas Piazzetta

Ms. Lydio Roberto Silva

Universidade Estadual do Paraná

UniBrasil Centro Universitário

Dra Claudia Zanini

Dra Mayumi Denise Senoi Ilari

Univeridade Federal de Goiânia

Universidade de São Paulo

Dra Cléo Monteiro França Correia

Dra Noemi Nascimento Ansay

Universidade Federal de São Paulo

Universidade Estadual do Paraná

Dra Cybelle Maria Veiga Loureiro

Dr. Rodrigo Aparecido Vicente

Universidade Federal de Minas Gerais

Universidade Estadual do Paraná

Dra. Debbie Carrol

Dra. Rosemyriam Cunha

Université du Québec à Montreal

Universidade Estadual do Paraná

Dr. Gastão Octavio Franco da Luz

Dra. Sandi Curtis

Universidade Federal do Paraná

Concordia University

Dra Gislaine Vagetti

Universidade Estadual do Paraná

REVISTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM MUSICOTERAPIA

inCantare

Volume 10 N.1 - jan. / jun. 2019 - ISSN 2317-417X

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - CAMPUS DE CURITIBA II
FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ
DIVISÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

**Dossiê História da Musicoterapia na América Latina:
Lembrar, Refletir, Compartilhar e Caminhar**

REVISTA IN CANTARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

CAMPUS DE CURITIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



© 2019 Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR – Campus de Curitiba
II - Faculdade de Artes do Paraná – FAP

A Revista InCantare é uma publicação da Faculdade de Artes do Paraná. As opiniões expressas nos artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores. Os artigos e documentos deste volume foram publicados com autorização de seus autores e representantes. A revisão ortográfica e gramatical é de responsabilidade dos autores.

Licenciada sob uma licença creative commons



TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – É proibida a reprodução, salvo de pequenos trechos, mencionando-se a fonte, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Disponível nos seguintes endereços eletrônicos:

<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

Indexadores:



InCantare – Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia / UNESPAR – Campus de Curitiba II – FAP;
Rodrigo Aparecido Vicente (editora). – v. 10 n. 1. (jan./jun., 2019). -
Curitiba: FAP, 2019. 166p.
Semestral
ISSN 2317-417X
Disponível: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

1. Musicoterapia – Periódicos. 2. Música – periódicos.
I. UNESPAR – Campus de Curitiba II. II. – Faculdade de Artes do Paraná. III.
Vicente, Rodorig.

CDD 615.837

Universidade Estadual do Paraná
Campus de Curitiba II – Faculdade de Artes do Paraná
Divisão de Pesquisas e Pós-Graduação
Rua dos Funcionários, 1357, Cabral
80.035-050 Curitiba – Paraná – Brasil
Telefone: +55 41 3250-7339
<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

SUMÁRIO

EDITORIAL7
 Camila Acosta Gonçalves
 Noemi Nascimento Ansay
 Paula Meliante

“SOBRE A DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA” 16
 Lia Rejane Mendes Barcellos

A CIÊNCIA-ARTE DA MUSICOTERAPIA: SOBRE O SEU DESENVOLVIMENTO EM CUBA40
 Teresa Fernández de Juan

**UMA MUSICOTERAPIA LATINOAMERICANA? POLIFONIA E POLITOMIA NO DESENVOLVIMENTO
 PROFISSIONAL E DISCIPLINAR DA AMÉRICA LATINA**.....74
 Juanita Eslava Mejía

LA RESISTENCIA AL NO VERBAL: DE LA MUSICOTERAPIA A LA TERAPIA BENENZON96
 Rolando Benenzon

**DA MUSICOTERAPIA À MUSICOTERAPIA ORIENTADA PELA TEORIA PSICANALÍTICA:
 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS**106
 Iara Del Padre Iarema Ulkowski
 Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha
 Nadja Nara Barbosa Pinheiro

**ERA UMA CASA BEM BAGUNÇADA... UMA CANÇÃO DE UM GRUPO DE MULHERES RESIDENTES
 EM UM ABRIGO PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**..... 127
 Hermes Soares dos Santos

ENTREVISTA.....142
 Araceli Onorio

CONTENTS

EDITORIAL 11
 Camila Acosta Gonçalves
 Noemi Nascimento Ansay
 Paula Meliante

“ABOUT MUSIC THERAPY TEACHING” 17
 Lia Rejane Mendes Barcellos

LA CIENCIA-ARTE DE LA MUSICOTERAPIA: ACERCA DE SU DESARROLLO EN CUBA 41
 Teresa Fernández de Juan

UNA MUSICOTERAPIA LATINOAMERICANA? POLIFONÍA Y POLIRITMIA EN EL DESARROLLO DISCIPLINAR Y PROFESIONAL DE LATINOAMÉRICA..... 75
 Juanita Eslava Mejía

RESISTANCE TO NONVERBAL: FROM MUSIC THERAPY TO BENENZON THERAPY 97
 Rolando Benenzon

FROM MUSIC THERAPY TO MUSIC THERAPY ORIENTED BY PSYCHOANALYSYS THEORY: EPISTEMOLOGICAL FOUNDINGS 107
 Iara Del Padre Iarema Ulkowski
 Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha
 Nadja Nara Barbosa Pinheiro

IT WAS A VERY MESSY HOUSE... A SONG BY A GROUP OF WOMEN RESIDING IN A SHELTER FOR VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE. 128
 Hermes Soares dos Santos

ENTREVISTA..... 152
 Araceli Onorio

EDITORIAL

*y cuándo vengan los días
que nosotros esperamos
con todas las melodías
haremos un solo canto.
El cielo será celeste
los vientos habrán cambiado
y nacerá un nuevo tiempo
Latino Americano.*

*Y nadie va a quedarse a un lado
nadie mirará al costado
nada de morir
vamos a buscar lo que deseamos
pronto ha de llegar
tiempo de vivir*

Venas abiertas
Mario Schajris & Leo Sujatovich

7

É em meio ao distanciamento social, imposto pela Pandemia do COVID-19, que finalizamos os últimos detalhes e lançamos o primeiro volume do dossiê *História da Musicoterapia na América Latina: lembrar, refletir, compartilhar e caminhar*, da Revista Científica Incantare.

Como bem sabemos, em nosso cotidiano de musicoterapeutas, a Música pode trazer diferentes sentidos e significados (BARCELLOS; SANTOS, 1996). Por isso, quando lemos a letra da canção de Schajris e Sujatovich hoje, percebemos que os versos, *tiempo de vivir, nada de morir, y nacerá un Nuevo tiempo Latinoamericano*, carregam outros sentidos. Mais além de □tirarmos a poeira de nossa História□, como já disse Rolando Benenzon (2008) sobre o trabalho da/o musicoterapeuta, esses versos nos remetem às situações de perigo mortal por uma ameaça viral, às medidas de Saúde Pública para minimizar danos, às posições políticas de governantes frente à Pandemia, e, não menos importante, às experiências de produção e resistência de nossa comunidade musicoterapêutica, nesse e em outros tempos históricos e, em especial, na América Latina.

E esse dossiê é uma dessas experiências. Tem sido fascinante nos corresponder com as/os autora/es dessa edição, com as/os pareceristas, com a tradutora, e com a equipe editorial. O intuito foi oferecer o colorido da diversidade da Musicoterapia na América Latina, como um emaranhado de fios que vai se transformando em um autêntico tapete, nas mãos de uma tecelã. Com desenhos em forma de frases e ideias, experiências e ensaios, criticidade e debates, variações e criações, e ao som de diversas vozes, timbres, ritmos, pausas, movimentos e silêncios musicais, essa edição da Incantare traz a marca da Musicoterapia na América Latina, em um tempo de desafios em todo o Planeta.

Assim, essa publicação tem artigos inéditos de convidadas/os e de outras/os autoras/es, remetendo à História, novos conceitos, epistemologia e experiências musicoterapêuticas em nossa extensa região.

A autora convidada, Lia Rejane Mendes Barcellos, escreve sobre a docência em Musicoterapia, papel que ela tem desempenhado desde a década de 1970 no Brasil, na América Latina e em outros continentes. Ela também busca literatura nacional e internacional sobre o tema, contribuindo na sistematização desse assunto tão importante e tão pouco percorrido neste campo. Também a nosso convite, Teresa Fernández de Juan traz a história da Musicoterapia em Cuba, desde os primeiros escritos cubanos encontrados sobre Música e Medicina até a atuação dos Musicoterapeutas lá formados, passando pela sua própria trajetória como Musicoterapeuta, que viajou, em especial, pela América Latina em busca dessa formação e de seu aperfeiçoamento.

Existe uma Musicoterapia latino-americana? Para responder a essa pergunta, a terceira autora convidada, Juanita Eslava Mejía, apresenta um panorama da Musicoterapia na América Latina, a partir de suas associações nacionais e da formação do CLAM □ Comitê Latino Americano de Musicoterapia.

Essa edição também traz novos conceitos e práticas de nossa região. O autor convidado, Rolando Benenzon, marca presença nesse dossiê com um texto ensaístico acerca da resistência da/o musicoterapeuta ao não-verbal, e postulando novo conceito da Terapia Benenzon, o conceito de Ise, Identidade sensorial.

As autoras Iara Del Padre Iarema Ulkowski, Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha e Nadja Nara Barbosa Pinheiro nos brindam com um estudo epistemológico no qual são delineados entrelaçamentos e relações entre a Musicoterapia e a Psicanálise. Tal relação tem influência histórica em nossa região e, por isso, esse artigo é primoroso para compreender a história da Musicoterapia no Brasil e na América Latina.

Partindo de uma experiência de pesquisa, Hermes Soares dos Santos traz a experiência de composição musical de um grupo de mulheres, vivendo e convivendo com seus filhos em uma casa-abrigo. Em comum, elas não têm só o mesmo teto. Têm, também, a violência doméstica, motivo pelo qual estão abrigadas. O autor analisa a produção a partir da perspectiva da Musicoterapia Social e Comunitária, enfatizando as ressonâncias dessa composição entre as moradoras e trabalhadores da casa-abrigo, para além dos atendimentos musicoterapêuticos.

Seguindo com a temática da Musicoterapia Social e Comunitária, Andressa Dias Arndt fecha a nossa edição com a entrevista que fez com a musicoterapeuta, psicóloga social e professora da UBA, Araceli Onorio. Araceli traz a temática da Musicoterapia Social e de sua atuação tanto no México quanto na Argentina. Ela narra, de maneira didática, os passos de sua metodologia de trabalho, e demonstra o cuidado com o léxico que usa como profissional, partindo de sua postura política com os participantes da Musicoterapia.

Portanto, essa revista traz um pouco da riqueza da Musicoterapia na América Latina, em sua história e em seu desenvolvimento atual. Nossa comunidade traz a marca de produzir em tempos difíceis, em espaços marcados pela exploração e pela desigualdade social, pela desvalorização das/os trabalhadoras/es da saúde, pela liberdade conquistada, e pelas manifestações sociais e musicais inefáveis, de baixo investimento e alto custo. Esperamos que as/os leitoras/es do Português e do Espanhol percebam o privilégio que é compreender cada ideia registrada por nossas/os ilustres colegas-irmãs/ãos.

Ainda sobre a produção de Vida em meio às situações agudas da Pandemia e outras que já marcaram a história da América Latina, Caetano & Gil nos lembram de prestar atenção:

Atenção para a estrofe e pro refrão
Pro palavrão, para a palavra de ordem
Atenção para o samba exaltação
Atenção
Tudo é perigoso
Tudo é divino maravilhoso
Atenção para o refrão
É preciso estar atento e forte
Não temos tempo de temer a morte

Divino Maravilhoso
Caetano Veloso e Gilberto Gil

Atenciosamente,

Camila Acosta Gonçalves
Noemi Nascimento Ansay
Paula Meliante

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A natureza polissêmica da música e musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n.1, v.1, 1996.

BENENZON, Rolando O.; GAINZA, Violeta, Hemsy de; WAGNER, Gabriela. **La nueva musicoterapia**. Nueva edición, corregida y aumentada. Buenos Aires: Lumen, 2008.

EDITORIAL

*y cuándo vengan los días
que nosotros esperamos
con todas las melodías
haremos un solo canto.
El cielo será celeste
los vientos habrán cambiado
y nacerá un nuevo tiempo
Latino Americano.*

*Y nadie va a quedarse a un lado
nadie mirará al costado
nada de morir
vamos a buscar lo que deseamos
pronto ha de llegar
tiempo de vivir*

Venas abiertas
Mario Schajris & Leo Sujatovich

En medio del distanciamiento social, impuesto por la Pandemia del COVID-19, finalizamos los últimos detalles y lanzamos el primer volumen del dossier *Historia de la Musicoterapia en América Latina: recordar, reflexionar, compartir y caminar*, de la Revista Científica Incantare.

Como es sabido, en nuestro cotidiano como musicoterapeutas, la Música puede traer diferentes sentidos y significados (BARCELLOS; SANTOS, 1996). Por esto, cuando hoy leemos la letra de la canción de Schajris y Sujatovich, percibimos que los versos, *tempo de vivir, nada de morir, y nacerá un Nuevo tiempo Latinoamericano*, poseen otros sentidos. Más allá de "le sacamos el polvo a nuestra historia", como ya dijo Rolando Benenson (2008) sobre el trabajo del/la musicoterapeuta, esos versos nos remiten a las situaciones de peligro mortal por una amenaza viral, las medidas de Salud Pública para minimizar daños, a las posturas políticas de los gobernantes frente a la Pandemia y, no menos importante, a las experiencias de producción y resistencia de nuestra comunidad musicoterapéutica en este y otros tiempos históricos y en especial, en América Latina.

Este dossier es una de esas experiencias. Ha sido cautivante el intercambio con las/os autores de esta edición, con las/os evaluadores, con la traductora y con el equipo editorial. El objetivo fue ofrecer el colorido de la diversidad de la Musicoterapia en América Latina, como un enmarañado de hilos que se van transformando en un auténtico tapiz en las manos de una tejedora. Con dibujos en forma de frases e ideas, experiencias y ensayos, críticas y debates, variaciones y creaciones, y al son de diferentes voces, timbres, ritmos, pausas, movimientos y silencios musicales, esta edición de Incantare, trae la marca de la Musicoterapia en América Latina, momentos de desafíos en todo el Planeta.

Así, esta publicación tiene artículos inéditos de invitadas/os y de otras/os autores, que nos remiten a la Historia, nuevos conceptos, epistemología y experiencias musicoterapéuticas en nuestra extensa región.

La autora invitada, Lia Rejane Barcellos, escribe sobre la docencia en Musicoterapia, papel que ha desempeñado desde la década de 1970 en Brasil, en América Latina y en otros continentes. Ella también busca en la literatura nacional e internacional sobre el tema, contribuyendo a la sistematización de este asunto tan importante y tan poco tratado en este campo. También, respondiendo a nuestra invitación, Teresa Fernández de Juan, trae la historia de la Musicoterapia en Cuba, desde los primeros escritos cubanos encontrados sobre Música y Medicina hasta la actuación de los musicoterapeutas formados allí, pasando por su propia trayectoria como musicoterapeuta, que viajó, especialmente por América Latina, en busca de esta formación y de su perfeccionamiento.

¿Existe una Musicoterapia Latinoamericana? Para responder a esta pregunta, la tercera autora invitada, Juanita Eslava Mejía, presenta el panorama de la Musicoterapia en América Latina partiendo de sus asociaciones nacionales y de la formación del CLAM – Comité Latinoamericano de Musicoterapia.

Esta edición, también aporta nuevos conceptos y prácticas en nuestra región. El autor invitado, Rolando Benenzon, marca su presencia en este dossier con un ensayo sobre la resistencia de la/el musicoterapeuta a lo no-verbal, y postulando su nuevo concepto de la Terapia Benenzon, el concepto de Ise, Identidad sensorial.

Las autoras Iara Del Padre Iarema Ulkowski, Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha y Nadja Nara Barbosa Pinheiro nos brindan un estudio epistemológico en el que son delineados entrelazados y relaciones entre Musicoterapia y Psicoanálisis. Esta relación tiene una influencia histórica en nuestra región, y por eso, este artículo incita a comprender la historia de la Musicoterapia en Brasil y América Latina.

Partiendo de una investigación, Hermes Soares dos Santos trae la experiencia de composición musical de un grupo de mujeres, viviendo y conviviendo con sus hijos en un refugio. Ellas no sólo tienen en común el mismo techo, sino también la violencia doméstica, motivo por el que están en el refugio. El autor analiza la producción a partir de la perspectiva de la Musicoterapia Social y Comunitaria, enfatizando las resonancias de esta composición entre las residentes y trabajadores del refugio más allá de las atenciones musicoterapéuticas.

Siguiendo con el tema de Musicoterapia Social y Comunitaria, Andressa Dias Arndt cierra nuestra edición con la entrevista realizada a la psicóloga social y profesora de la UBA, Araceli Onorio. Araceli trae la temática de la Musicoterapia Social y su actuación en México y Argentina. Narra de forma didáctica, los pasos de su metodología de trabajo y demuestra el cuidado con el léxico que utiliza como profesional con los participantes en Musicoterapia, partiendo de su postura política.

Por lo tanto, esta revista aporta un poco de la riqueza de la Musicoterapia en América Latina, en su historia y en su desarrollo actual. Nuestra comunidad trae la marca de producir en tiempos difíciles, en espacios caracterizados por la explotación y desigualdad social, por la desvalorización de las/os trabajadoras de la salud, por la libertad conquistada y por las manifestaciones sociales y musicales inefables, de baja inversión y alto costo. Esperamos que las/os lectoras en Portugués y Español perciban el privilegio que es comprender cada idea registrada por nuestras/os ilustres colegas Hermanas/os.

Aún sobre la producción de Vida en medio de las situaciones agudas de la Pandemia y otras que ya marcaron la historia de América Latina, Caetano y Gil nos recuerdan prestar atención:

Atención para la estrofa y el estribillo
Para la mala palabra, para la palabra de orden

Atención para el samba exaltación
Atención
Todo es peligroso
Todo es divino maravilloso
Atención para el estribillo
Es necesario estar atento y fuerte
No tenemos tiempo para temer a la muerte...

Divino maravilloso
Caetano Veloso y Gilberto Gil

Cordialmente,

Camila Acosta Gonçalves
Noemi Nascimento Ansay
Paula Meliante

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes, SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A natureza polissêmica da música e musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n.1, v.1, 1996.

BENENZON, Rolando O.; GAINZA, Violeta, Hemsy de; WAGNER, Gabriela. **La nueva musicoterapia**. Nueva edición, corregida y aumentada. Buenos Aires: Lumen, 2008.

“SOBRE A DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA”

Lia Rejane Mendes Barcellos¹

Resumo: O objetivo deste artigo é discorrer sobre a docência no Ensino Superior que é um dos três aspectos que fazem parte do tripé: ensino, pesquisa e extensão. Para isto foi necessário investigar sobre o “Estado da Arte” da docência em musicoterapia e sobre ‘como’ os profissionais por ela responsáveis exercem essa função na formação do musicoterapeuta. Trata-se de tema ainda pouco discutido e que deveria ser considerado de extrema importância, na medida em que o docente é um dos principais agentes que compartilham e disseminam o conhecimento, e um ator fundamental na formação do musicoterapeuta. Para a elaboração deste artigo foi realizado um levantamento sobre a questão em pauta em fontes específicas da área como: a *Revista da UBAM* (24 números, de 1996 a 2018), e a *Revista Incantare* (12 números, de 2010 a 2018), totalizando 306 artigos, bem como em artigos e livros que fazem parte da literatura do campo, brasileira e estrangeira, tanto no que se refere à formação dos profissionais docentes, bem como sobre as estratégias por estes utilizadas, para que melhores resultados sejam alcançados.

Palavras-chave: Docência. Formação. Musicoterapia. Musicoterapeutas.

16

¹Doutora em Música (UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU - RJ); Especialista em Musicologia; Especialista em Educação Musical (CBM-CeU - RJ). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU); Graduada em Piano (AMLF-RJ). Autora do Projeto, Coordenadora e profa. da Pós-graduação e profa. do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU - 2000). Professora convidada de Cursos de Pós-graduação na Bahia, Ceará e Pernambuco. Musicoterapeuta pesquisadora convidada da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Autora de livros sobre musicoterapia, capítulos de livros nos Estados Unidos, Espanha e Colômbia, e artigos publicados na Alemanha, Argentina, Brasil, Espanha, França, Estados Unidos e Noruega. Membro do Conselho Diretor da *World Federation of Music Therapy* e Coordenadora da Comissão de Prática Clínica por dois mandatos. Pa-racerista e Editora para a América do Sul da Revista Eletrônica *Voices* (Noruega) de 2001 a 2015. Membro do Conselho Diretor da *World Federation of Music Therapy* por dois mandatos. ID Lattes: 7452016477572221.

“ABOUT MUSIC THERAPY TEACHING”

Lia Rejane Mendes Barcellos

Abstract: The aim of this article is to discuss about teaching in higher education which is one of the three aspects that are part of the tripod: teaching, research and extension. For this it was necessary to investigate about the “State of the Art” of the teaching in music therapy and about “how” the professionals responsible for it perform this function in the education of the music therapist. It should be noted that this is a subject still little discussed and which should be considered extremely important, since the teacher is one of the main agents of sharing and disseminating knowledge and a fundamental actor in the music therapists’ education. For the construction of this article a survey was made about this topic in specific sources of the area as: In the *Brazilian Union of Music Therapy Associations Journal* (24 issues, from 1996 to 2018); in the *Incantare Journal* (12 issues, from 2010 to 2018), totalizing 306 articles as well as in books that are part of the Brazilian and foreign literature, both regarding the training of the teachers, as well as about the strategies used by them, for better results to be achieved.

Keywords: Teaching. Education. Music therapy. Music therapists.

INTRODUÇÃO

A questão da docência em musicoterapia é de extrema relevância. No entanto, deve-se destacar que esta importância parece não ter sido levada em consideração suficientemente em nosso país para que justifique a escassa produção de literatura sobre o tema. Ou, pode-se pensar que seja provável que isto se dê pelo fato de os docentes de musicoterapia não terem formação em pedagogia, com raras exceções.

Muitos de nós fomos levados a ocupar um lugar de professor pelos mais diversos motivos e, na maioria das vezes, sem um tempo para a preparação necessária. Por outro lado, deve-se destacar que dificilmente, aqueles que são alçados a esse cargo têm uma formação em pedagogia e musicoterapia, o que seria considerado ideal.

Assim, várias perguntas poderiam ser feitas: como nos preparamos para ocupar um cargo para o qual não temos formação adequada? Ou, por sermos musicoterapeutas já estamos preparados para isto? Por que aceitamos tal função? Por outro lado, sabemos que um pedagogo sem formação em musicoterapia também não seria a melhor opção. Mais do que isto: não teria condições de ocupar tal posição.

Deste modo, entre um pedagogo não musicoterapeuta e um musicoterapeuta sem uma formação em pedagogia, a nossa escolha recairia, certamente e sempre, naqueles que têm o conhecimento da área na qual vão transitar – a musicoterapia, embora cientes de que não estão totalmente preparados para tal função.

Contudo, se fizermos uma busca em todos os cursos de graduação e pós-graduação existentes no país, certamente encontraremos poucos professores que poderiam ser considerados ideais – os musicoterapeutas pedagogos. E, embora não tendo subsídios para afirmar que isto deve acontecer em nível mundial, acredito que poderia se hipotetizar acerca de tal questão.

1. SOBRE A DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR

Como parte de estudos realizados em um curso de doutorado em Educação, os autores Rúbia Emmel e Alexandre José Krul (2017) realizaram uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de refletir sobre a docência no ensino superior, levando em consideração a indissociabilidade da tríade 'ensino, pesquisa e extensão'. Nessa pesquisa foram feitos

questionamentos que, na visão dos autores, podem vir a contribuir para a discussão sobre as questões teóricas apresentadas. Além disso, os referidos autores avaliaram a importância da realização de debates teóricos sobre a formação de docentes para o exercício da Docência no Ensino superior.

Com esta investigação Emmel e Krul (ibid) chegaram à conclusão que aquele que se dedica ao Ensino Superior deve ser um profissional reflexivo, crítico e competente, tendo como objetivo a transformação da sociedade, dos valores por esta seguidos, e das formas como esta se organiza para o trabalho. Ainda consideraram que o docente do Ensino Superior deve ser cuidadoso no seu aperfeiçoamento para exercer essa tarefa, buscando a integração de 'saberes complementares' e tendo como meta, principalmente, reconhecer a docência como um campo de conhecimentos específicos. Tudo isto, praticado com uma atitude flexível, de abertura, e tendo a capacidade de lidar com o novo e imprevisto como nos informam os referidos autores (ibid).

No entanto, o que parece causar estranheza é a ausência dos pedagogos nesse nível de ensino.

Em um importante artigo sobre as práticas pedagógicas no ensino superior, Maria Isabel da Cunha (2004), doutora em Educação, discorre sobre aspectos de extrema relevância sobre o tema. Entendendo que a formação dos professores vem de muitas fontes, que se constitui da junção de vários saberes e que tem uma dimensão temporal, Cunha concorda com a afirmação de Tardif (2000), que considera "que a docência é um processo que se constrói permanentemente, aliando o espaço da prática com a reflexão teorizada" (ibid, p. 526).

A referida autora faz uma análise, que considera "rigorosa", sobre a formação do professor universitário, afirmando que "Diferentemente dos outros graus de ensino, esse professor se constituiu, historicamente, tendo como base a profissão paralela que exerce ou exercia no mundo do trabalho" (ibid).

Se fizermos um paralelo do pensamento da autora com o que acontece nas provas dos concursos para admissão de professores em universidades, em geral públicas, poderemos entender e ratificar as suas palavras, já que dentre as provas realizadas nesses concursos o que se testa é a proficiência na área para a qual o concurso está

sendo oferecido, e não os conhecimentos do candidato em pedagogia, por exemplo, como poderia ser esperado, ou desejado, pelo menos em parte, ainda que seja exigida uma prova de aula. Esta afirmação vem consubstanciar o que a autora relata logo a seguir, ou seja, para Cunha, “A idéia de que *quem sabe fazer sabe ensinar* deu sustentação à lógica do recrutamento dos docentes (ibid).

Para a referida autora, a ordem natural das coisas é que o profissional de cada área é que tem *expertise* para definir o curriculum dessa área e que “o pedagogo, quando é solicitado a atuar nesses campos é um coadjuvante” ou, ainda Cunha citando Lucarelli “um estrangeiro em territórios acadêmicos de outras profissões” (ibid).

Na verdade, na concepção de Cunha, os conhecimentos pedagógicos são relegados a um segundo plano em todos os níveis de docência, mas, principalmente, no nível universitário. E, encampando as palavras de Kessler (2002), a autora chega à sua afirmação mais contundente, referindo-se à pedagogia: “a formação específica para a docência, foi compreendida como desnecessária” (ibid, p. 527). E, continua, argumentando que

Dos docentes universitários costuma-se esperar um conhecimento do campo científico de sua área, alicerçado nos rigores da ciência, e um exercício profissional que legitime esse saber no espaço da prática. Contando com a maturidade dos alunos do ensino superior para responder às exigências da aprendizagem nesse nível e, tendo como pressuposto o paradigma tradicional de transmissão de conhecimento, não se registra, historicamente, uma preocupação significativa com os conhecimentos pedagógicos (ibid, p. 527).

A autora ainda frisa que os conhecimentos pedagógicos se constituíram e se mantiveram distantes do espaço universitário e só tardiamente alcançaram certa “legitimação científica” (ibid, pp. 527 e 528).

Cunha também observa que o centro da pedagogia inicialmente foi a criança, e a área se constituiu, principalmente, como “tributária da psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem ou da antropologia filosófica” (p. 528). E, mais do que isto, que a pedagogia trouxe como herança ser este um campo feminino, decorrente da natural vocação das mulheres na educação das crianças.

E continua, afirmando que a carreira universitária se constitui na dimensão científica do docente, consubstanciada pela pós-graduação *stricto-sensu* nos níveis de mestrado e doutorado.

Para encerrar a discussão Cunha declara que “para ser professor universitário o importante é o domínio do conhecimento da sua especialidade e das formas acadêmicas de sua produção” (ibid, p. 528), o que pode explicar o fato de a pedagogia não ser uma exigência para os docentes.

2. SOBRE A DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA

Para conhecer o “Estado da Arte” da Docência em Musicoterapia no Brasil (FERREIRA, Norma S. de A., 2002), foi necessário fazer um levantamento a partir do qual foram analisados 37 números de duas publicações sobre Musicoterapia existentes no país: a *Revista da UBAM* (União Brasileira de Associações de Musicoterapia, criada em 1996) – com 25 números publicados, e a *Revista Incantare*, criada em 2010 – com 12 publicações, ambas abrigadas na *Universidade Estadual do Paraná*, em Curitiba.

A primeira delas se concentra na publicação de artigos exclusivamente de musicoterapia, enquanto a segunda é interdisciplinar e publica trabalhos originais e inéditos de autores que façam parte de grupos de pesquisa em diversas áreas, tais como, Musicoterapia, Música, Educação, Saúde e afins. Trata-se de uma publicação indexada nas bases: *Sumários* (nacional), *Latindex* (latino americano), e *Copernicus* (internacional).

No levantamento realizado nessas duas publicações foram utilizadas palavras como: *docência* e *ensino em musicoterapia* e nesses 37 números pesquisados foi encontrado apenas um artigo denominado: “Construção e gestão do conhecimento no Ensino Superior de Musicoterapia no Brasil”, na *Revista Brasileira de Musicoterapia*, n. 19 (2015).

Trata-se de um “Estudo bibliográfico” de autoria da musicoterapeuta Michelle de Melo Ferreira (2015) -- certamente uma das poucas musicoterapeutas especialistas em Docência no Ensino Superior, no Brasil. O referido artigo tem por objetivo discutir o processo através do qual “se faz a construção e gestão do conhecimento na relação professor-aluno no processo de ensino-aprendizagem com o objetivo de apontar os caminhos facilitadores em prol da formação dos futuros musicoterapeutas” (2015, p. 8).

Segundo a autora, “Para que os alunos estejam em constante aprendizagem, o docente tem que se atualizar, buscando novos saberes e utilizando novas estratégias pedagógicas”. O levantamento conclui que “o conhecimento das diversas competências da profissão se dá pela inter-relação de um aluno com o outro e do professor com o aluno durante o processo de ensino-aprendizagem” (ibid).

Para Michelle Ferreira (ibid.) a profissão de musicoterapeuta tem se transformado e expandido e isto faz com que sejam necessárias mudanças e adequações no currículo para o desenvolvimento das competências do aluno e para atender às exigências do mercado de trabalho atual. Assim, é necessário que o docente esteja atualizado e perceptivo para entender a necessidade dessas transformações e, para adequar o currículo e o processo de ensino-aprendizagem deve, também, “qualificar-se continuamente para que possa atender e acompanhar as tendências da atualidade” (ibid).

Ainda as musicoterapeutas Andressa Dias Arndt e Sheila Volpi (2013) se debruçaram sobre o tema do professor-musicoterapeuta e levantam questões importantes sobre as quais não se pode deixar de refletir. As autoras se concentraram em dois tipos de cuidado que se deve ter com um aluno que se prepara para ser terapeuta: o primeiro deles advém do fato de se levar em consideração que

O cenário do professor musicoterapeuta está desenhado em um território que acolhe o ensino do subjetivo. Diariamente nos deparamos com o desafio de provocar no aluno o despertar da construção de sua escuta terapêutica, de sua sensibilidade para com o outro, porém sem que sejam lançadas fórmulas exatas de como se dá tal construção já que se lida com algo intrinsecamente ligado ao Ser, algo que é sempre novo, dinâmico, inesperado (2013, p. 14650).

As autoras se referem ainda ao fato de que “no processo de construção do musicoterapeuta há questões emocionais que emergem pelo contato com o sofrer do outro e assim, se aproximam não só da construção profissional, mas também da própria experiência pessoal do aluno” (ibid).

Sabendo-se que o contato do aluno com o sofrimento do outro se dá, inicialmente, nos estágios, pode-se pensar que tais questões daí advindas seriam vistas, sobretudo, na supervisão. E aí teríamos, em parte, essa questão deslocada para outra figura, aqui ainda não referida: a do supervisor, que em geral vem da clínica e que, na maioria das vezes,

também ocupa o cargo de docente. Assim, como este profissional tem ou teve também experiências clínicas, deve ser considerado uma figura central para abordar a questão que, certamente, já enfrentou ou ainda enfrenta.

De tal forma, um dos muitos aspectos da importância do texto das musicoterapeutas Arndt e Volpi (2013) é abrir uma janela para a discussão de outra figura, que se reveste também de grande importância para tratar das questões do estágio e que é também o grande ausente das discussões da musicoterapia: o supervisor de estágios. No entanto, aqui cabe o destaque, mas não a discussão!

Também a musicoterapeuta Claudia Regina de Oliveira Zanini (2006) -- musicoterapeuta e docente do Curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás (UFG) -- escreve sobre a docência em musicoterapia e declara que o artigo 4º da Resolução nº 01/2001/ CONSUNI (Conselho Universitário) dessa Universidade prevê que o docente ingressante, sem experiência mínima de dois anos consecutivos de magistério em IFES, ao tomar posse, “deverá participar de um programa de atividades relativas à política de ensino, pesquisa e extensão e da gestão acadêmica, promovido e regulamentado pela Pró-Reitoria de Graduação” (2006, p. 4).

Além disto, Zanini se refere à criação de cursos anualmente para os professores ingressantes, pela pró-reitoria de Graduação da referida Universidade, “visando ampliar o olhar dos mesmos para o Ensino Superior e sobre a realidade da universidade” (ibid.).

Nos últimos anos, ainda citando Zanini (ibid), a UFG tem implementado um complexo sistema de dados, interligando várias unidades e pró-reitorias, com o objetivo de facilitar a inserção e o controle de todas as atividades docentes, sendo que o Sistema de Cadastro de Atividades Docentes (SICAD) abarca informações relativas à pesquisa, extensão, administração e ensino universitário (ibid).

Trata-se, pois, de uma política que pode fazer a diferença para o desenvolvimento do docente.

Mas, não se pode deixar de observar que a referida autora menciona que dentre as ações do docente universitário devem ser acrescentadas atividades administrativas, como as que se referem à participação em comissões e a atuação deste como gestor (2016, p. 98).

Para finalizar, ainda cabe relembrar a declaração de Zanini (2006) que considera que ainda temos muitos passos ou degraus a galgar, mas o relevante é que se tenha todos em mente, para que se realize um planejamento que venha a contemplar o futuro da formação e da docência em musicoterapia no Brasil.

Em nível mundial, um dos primeiros artigos sobre a questão de competências necessárias para a docência em musicoterapia foi escrito pelo musicoterapeuta americano Kenneth Bruscia, em 1986, que exerceu a função de docente na *Temple University* (USA) durante toda a sua carreira. Esse artigo teve como 'fator desencadeante' a preocupação do autor com o momento em que os musicoterapeutas terminam seus cursos de formação e são frequentemente chamados para ocupar diferentes papéis e responsabilidades. Assim, Bruscia inicia o artigo tendo por objetivo

Identificar as áreas do conhecimento e as habilidades necessárias na expansão dos papéis e responsabilidades do profissional considerando que logo após terminar seu curso, o musicoterapeuta é chamado para expandir seu papel e responsabilidades e mostrar competências para graduação ou nível avançado de ensino em musicoterapia (p. 57).

E continua, afirmando que, para isto, é necessário que se tenha maior *expertise* em diversas áreas como: "música, prática clínica, teoria, ensino, pesquisa, supervisão, e administração" (ibid).

Para o conhecimento das competências nas referidas áreas, Cheryl Dileo Maranto e Kenneth Bruscia, docentes da *Temple University*, conduziram um levantamento realizado com educadores, supervisores e clínicos que assim colocam essas *expertises* em ordem de importância: "habilidades clínicas, avaliação inicial, pesquisa, supervisão clínica, habilidades teóricas, docência universitária, e habilidades musicais" (1987, p. 66).

Mas, aqui nos interessa é a questão da docência, que está em penúltimo lugar, só à frente das "habilidades musicais".

No entanto, neste contexto que tem a docência como centro, o aspecto mais importante é o que contempla as "Habilidades de Ensino", apresentadas em detalhes por Bruscia (1986), e aqui somente algumas listadas:

Conhecimento da teoria e pesquisa sobre a formação em musicoterapia; conhecimento dos recursos em musicoterapia (como, por exemplo, equipamentos necessários para as práticas de ensino); conhecimento de bibliografia para a prática da docência em musicoterapia; compreensão dos papéis e responsabilidades de um professor de musicoterapia, particularmente relacionados à prática e supervisão; amplitude e profundidade no conhecimento da prática clínica em musicoterapia e outros temas a serem ensinados; habilidade em estabelecer e manter as relações estudantes-professor; habilidade para formular objetivos educacionais para os níveis de graduação e pós-graduação; critérios de admissão; habilidade de dar cursos específicos de musicoterapia, empregando, efetivamente, vários métodos de ensino (por exemplo: através de leituras, seminários e demonstração e interpretação de papéis e discussões em grupo) e aqui poderiam ser também citados: análise de vídeos e outros meios que tenham por objetivo uma melhor compreensão dos processos terapêuticos.

Contudo, é importante se observar que nem todas as questões levantadas pelo autor devem ser levadas em consideração no nosso contexto como, por exemplo, as questões financeiras, para as quais se tem pessoas específicas, e para os aspectos relativos às formalidades relativas à instituição como matrícula, por exemplo.

Por outro lado, algumas das exigências listadas por Bruscia são de fundamental importância, como, por exemplo, o conhecimento de bibliografia existente na área. Este aspecto pode ser considerado um dos mais críticos da docência brasileira em musicoterapia, na medida em que a bibliografia brasileira de musicoterapia é ainda muito restrita e muitos de nós, docentes brasileiros, não temos acesso à literatura estrangeira por não termos proficiência em inglês, idioma no qual a grande maioria dos musicoterapeutas estrangeiros divulga a sua produção. Isto ainda é acrescido pelo fato de os concursos para docentes não exigirem proficiência em inglês alegando, frequentemente, que os docentes já tiveram a sua proficiência nessa língua testada nos cursos de doutorado, o que também não é totalmente a realidade. Assim, fica-se, na maioria das vezes, restrito à nossa ainda pequena, e nem sempre atual, produção bibliográfica.

No livro intitulado *A History of the Music Therapy Profession: diverse concepts and practices* (2016), de autoria da musicoterapeuta Kerry L. Hyrniw Byers, a autora analisa vários aspectos da profissão de Musicoterapia, tais como: as raízes, os papéis históricos da música; o desenvolvimento histórico, inicialmente nos Estados Unidos, Reino Unido e Europa e, por fim, no mundo todo, como a própria autora descreve. Cada capítulo examina aspectos diferentes como: questões profissionais, clínicas, teóricas e filosóficas, considerando, ainda, a diversidade e dificuldades da musicoterapia. Analisa, também, a relação entre os aspectos clínicos, teóricos, filosóficos e profissionais da área. Isto tudo, buscando uma compreensão cronológica para explicar as razões pelas quais estes aspectos se influenciaram mutuamente e a contribuição destes no desenvolvimento da área.

No entanto, embora a autora tenha por objetivo abarcar todos os aspectos que estão em torno do desenvolvimento da área e seja uma docente, em nenhum momento de sua análise ela aborda e busca explicar a questão da docência e da sua importância para o desenvolvimento da profissão.

Assim como nos textos que analisam o crescimento da área nos países, é importante frisar que no Brasil também não aparece esse tipo de discussão em nem uma obra que se refira à musicoterapia.

Por isto, seria importante se discutir sobre como os docentes de musicoterapia vêm sendo admitidos para ministrar as disciplinas desse núcleo.

3. O INGRESSO NA DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA NO BRASIL E NO EXTERIOR

Embora existam cursos de Musicoterapia desde a década de 1970, só os das universidades públicas -- *Universidade Estadual do Paraná* (1983); e *Universidades Federais*: de Goiás (1999), de Minas Gerais (2009) e, mais recentemente, do Rio de Janeiro (2019) – admitem docentes através de Concurso Público.

O Curso do *Conservatório Brasileiro de Música* – Centro Universitário (1972), os de São Paulo *Faculdade Marcelo Tupinambá*, *Faculdade Paulista de Artes* e *Universidade Católica do Salvador* (estes três últimos extintos), *Faculdades Metropolitanas Unidas*, FMU (1998), e *Faculdades EST* (2003), de São Leopoldo (RS), não tiveram por norma a admissão de docentes através de concurso público.

Já as universidades federais e estaduais vêm realizando concursos com este fim e, em nenhum deles há exigências de prova, de comprovação de cursos ou de *expertise* em pedagogia, a não ser a prova de aula (já participei como membro da banca em todas as instituições acima citadas).

Para poder comparar as formas de admissão de docentes no Brasil e no exterior, e escrever aqui sobre o ingresso de musicoterapeutas em universidades estrangeiras, adotei uma estratégia que me permitisse ter informações sobre quais os requisitos necessários para esta admissão. Assim, visitei *sites* de universidades estrangeiras e observei quais as exigências. Através dessa consulta tive acesso às informações que regulam este aspecto: os candidatos devem ter como Qualificações: um Ph.D. ou equivalente, em um campo de *expertise* que tenha relação com a musicoterapia e uma certificação em musicoterapia (MT-BC). Têm ainda que apresentar um registro de publicação de pesquisas revisadas por pares, relacionadas à musicoterapia.

Além disto, já escrevi cartas que têm por objetivo a apresentação de candidatos ao preenchimento de vagas existentes em universidades de outros países e observo que não há exigência de qualquer experiência em pedagogia. Assim sendo, vale a pergunta que se faz a seguir.

4. QUEM PODE SER UM DOCENTE EM CURSOS DE MUSICOTERAPIA?

A partir do que se lê acima é possível se afirmar que nem as Universidades que fazem concursos para preencher as vagas de docentes, nem as que exigem apenas cartas de apresentação têm como requisito prova de pedagogia ou a apresentação de documento comprobatório de proficiência nessa área.

Conclui-se, então -- e a partir daqui só o exemplo de cursos brasileiros serão utilizados para responder às questões pertinentes ao exame da questão – que não é um dos requisitos ter qualquer formação em pedagogia para ser um docente de musicoterapia. No entanto, apesar de não ser exigência um documento comprobatório de proficiência em pedagogia, em geral, todos os concursos exigem uma “prova de aula” em musicoterapia.

Como foi visto acima, as instituições contratam para ocupar o cargo de docentes aqueles que tenham *expertise* em musicoterapia, mesmo sem apresentação de documento de proficiência em pedagogia, que é testada na prova de aula. Mas, por último, e não menos importante, é o destaque e a relevância que se deve dar àqueles que têm formação nessa área e ingressam na docência em musicoterapia.

5. COMO UM MUSICOTERAPEUTA SE PREPARA PARA A DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA?

A partir daqui me coloco como exemplo de docente que não teve que cumprir exigência alguma e, mais do que isto, sem ter a formação completa de musicoterapia. Mas, essa contratação só se deu dessa forma, certamente, pelo fato de ainda não se ter musicoterapeutas formados, no país.

Em 1974, no final do terceiro ano do curso em questão, fui chamada pela professora de musicoterapia da instituição e convidada para substituí-la. Isto aconteceria quando eu estivesse cursando o quarto ano do curso, ou seja, três meses depois, quando terminadas as férias de verão. Assim, em março de 1975, ainda como aluna do quarto ano, comecei a dar aulas para o primeiro, segundo e terceiro anos.

Inicialmente o convite me deixou assustada, mas aceitei, porque a professora da disciplina comunicou que quando a nossa turma chegasse ao fim, no quarto ano, ela se retiraria da instituição. Na verdade fui informada que a decisão era irreversível. Assim, aproveitei as férias de verão para me preparar para cursar o quarto ano, com estágios e elaboração da monografia final, ao mesmo tempo, ser a professora das turmas de primeiro, segundo e terceiro anos que vinham logo a seguir, ou seja, meus colegas de curso, embora em outros níveis.

Mas, o fato é que comecei aí uma carreira como docente em musicoterapia que se estende por 45 anos, ou seja, até o presente momento. Inicialmente elaborei os programas de cada nível, fazendo um levantamento de bibliografia a ser utilizada e pensando nas formas mais adequadas para ministrar as aulas. Considerei que tinha a meu favor --, além das aulas das professoras de musicoterapia ministradas nos três primeiros anos, e que se seguiriam no ano seguinte (4º ano) --, uma prática clínica ainda como estagiária, que eu

realizava já há três anos na *Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação* (ABBR), na *Sociedade Pestalozzi do Brasil* e no *Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro* (UFRJ), prática dessa última instituição que ainda deveria se estender por todo o ano de 1975. Ou seja, tinha uma experiência em algumas áreas clínicas: reabilitação neurológica, deficiência visual e auditiva, autismo, deficiência intelectual e saúde mental, nas nomenclaturas atuais. Mas, hoje me pergunto se isto seria suficiente e se eu estava preparada para assumir tal incumbência.

Na verdade, terminei o curso em 1975 e continuei não só a estudar como, também, na prática clínica: na ABBR por mais seis anos e, em outras áreas: com meninos de rua (hoje meninos em situação de rua) no Morro do Pavão Pavãozinho, 1993; em uma Instituição de Doenças Renais Crônicas (de 2009 a 2012), com crianças e adolescentes em uma enfermaria de diálise, no momento do procedimento); em um Consultório Particular com crianças com problemas neurológicos, deficientes visuais, deficientes auditivos e autistas, (durante 15 anos); em atendimentos domiciliares com Traumatismo Crânio Encefálico (na década de 1980) e, finalmente, com Mulheres no Climatério e Menopausa, no Posto Municipal de Saúde D. Helder Câmara em 2018, todas estas instituições no Rio de Janeiro.

Além disto, tive que fazer um investimento no estudo de inglês, desde 1982 até hoje – com algumas interrupções –, o que pode constatar a minha dificuldade para o idioma e, por outro lado, a minha persistência!

O fato é que este investimento tem me permitido um acesso imprescindível à literatura da área, não só em livros específicos, mas, também, em artigos veiculados nas redes mundiais de comunicação, nos tempos atuais onde tudo pode ser encontrado. Esse investimento ainda tem possibilitado a minha participação em eventos da área como congressos, palestras e em todo e qualquer evento onde se discuta musicoterapia, fontes importantes de experiências que trazem uma contribuição relevante para o desenvolvimento do musicoterapeuta que trabalha tanto na clínica como na docência.

Além disto, outra questão é fundamental para o exercício da docência: a formação continuada. Temos, sem dúvida, uma grande dificuldade que é a inexistência de cursos de mestrado e doutorado na área, no Brasil, o que seria mais adequado: a formação continuada na própria área. Mas, na inexistência destes, a necessidade de que se continue a formação

tem levado os musicoterapeutas a se dirigirem às mais diversas áreas do conhecimento para continuarem os estudos, o que, sem dúvida, constitui-se como uma grande contribuição para o desenvolvimento da musicoterapia.

Mas, tem que se levar em consideração que uma formação continuada não é só alimentada por estudos formais, mas, também, pelo comparecimento a cursos de curta duração, a palestras, *workshops* e, por tudo aquilo que instigar o musicoterapeuta a pensar, questionar e estudar! Só assim conseguiremos avançar na área, principalmente na vertente mais difícil a se desenvolver no Brasil: a teoria.

6. COMO O DOCENTE DE MUSICOTERAPIA SE ADAPTA À NECESSIDADE DE TRANSFORMAÇÕES NA DOCÊNCIA?

A docência em musicoterapia tem uma relação dialética com os avanços da clínica, da teoria da musicoterapia como profissão e disciplina, e tem ligação, certamente, com o progresso que se faz a passos absolutamente rápidos na era da tecnologia.

Os avanços da clínica são resultantes, também, do aparecimento de novas áreas de atuação, além das já tradicionais que vêm desde o início do nosso percurso: musicoterapia neurológica, musicoterapia na educação especial, musicoterapia em saúde mental e musicoterapia nas deficiências visual e auditiva. As novas práticas foram definidas por Barcellos, inicialmente em 2013 e assim redefinidas em 2016:

Novas práticas são aquelas que diferem da musicoterapia tradicional (em reabilitação, deficiência intelectual, saúde mental em hospitais psiquiátricos e deficiências sensoriais - auditiva e visual) por serem realizadas em novas áreas de atuação, (e novas patologias dentro das áreas tradicionais pelo desenvolvimento das neurociências, por exemplo), em novos espaços, por adequarem os procedimentos tradicionais ou criarem novos (entrevista, testificação musicoterapêutica...), por admitirem novas teorias de fundamentação, empregarem novas atividades e técnicas, pelo fato de os musicoterapeutas assumirem papéis anteriormente não desempenhados (terapeuta de referência, por exemplo), ou, ainda, pela utilização de novas ferramentas tecnológicas não só na prática, mas, também, para análise e avaliação do processo terapêutico.

As novas práticas da musicoterapia brasileira aqui representadas:



Fonte: Barcellos, 2016, p. 264

Como novas práticas temos as realizadas dentro de Hospitais Universitários como “No luto da perda reprodutiva” (LANA, Ana; 2011) e na “Fertilização Assistida” (FLEURY, Eliamar, 2018). Em salas de espera (PIMENTEL, Adriana; 2009), no DETRAN com “Luto inesperado” (AZEVEDO, Thalyta; 2015) e, por fim, a musicoterapia nas “Ruas e praças” (PEIXOTO, Paulo de Tarso, 2010).

Para que o docente possa estar apto para as questões que surgem nessas novas áreas ele deve estar informado, deve conhecer a área e como a música pode atuar nesse novo contexto, além de fazer uma busca sobre a bibliografia disponível, para consubstanciar a prática e, conseqüentemente, o que se apresenta como mais importante para ser estudado.

7. A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO ‘REGISTRO DE SESSÕES’ NA DOCÊNCIA

O registro da prática clínica é um valioso auxiliar na docência em musicoterapia. Assim sendo, é mandatório se pensar nas diferentes formas de registro das nossas práticas clínicas no decorrer dos quase 60 anos de existência destas no Brasil, na conseqüente possibilidade de análise destes registros, e na contribuição que estas práticas e estes registros podem trazer para ilustrar a clínica no exercício da docência. Isto nos dá uma

maior possibilidade de teorização, ou seja, de explicação e fundamentação dessas práticas, tão necessárias para uma melhor compreensão do processo terapêutico e também para contribuir com o desenvolvimento da área.

Para estes registros, além da escrita, tem-se a tecnologia como ferramenta, podendo-se constatar e ratificar não só a importância desta, mas, também, dar a possibilidade de que os alunos possam ter uma ideia de como a musicoterapia vem se desenvolvendo através do tempo. Ainda deve-se assinalar a importância da análise de registros de qualquer ordem, e enfatizar que deveriam ser utilizados para preparação dos alunos a serem encaminhados aos estágios. Isto poderia trazer uma grande contribuição para o desenvolvimento dos referidos alunos e, conseqüentemente, da área.

A Tecnologia Educacional (TE) é a utilização de tecnologias da informação e da comunicação (TIC) nos processos educativos com o objetivo de apoiar os processos de ensino e aprendizagem em diferentes contextos de educação formal e não formal.

Segundo a Associação Brasileira de Tecnologia Educacional (ABT) -- embora ainda exista resistência na utilização desta tecnologia por parte de alguns profissionais -- é preciso saber que o docente tem na tecnologia um apoio, embora esta não seja uma substituta da ação. A aliança entre a tecnologia educacional e o docente pode contribuir significativamente para um salto qualitativo na educação, principalmente na área de musicoterapia onde a análise da prática clínica pode trazer uma contribuição significativa para o desenvolvimento dos alunos e, conseqüentemente, da área.

No início das nossas práticas esses registros eram feitos por escrito e/ou em filme Super 8, com a utilização de uma grande máquina, exigindo competência ou destreza na sua manipulação e necessitando de uma pessoa especializada para tal, estranha ao *setting* clínico. Além disto, esta máquina era de difícil transporte, pelo seu tamanho e peso. Enfim, eram dificuldades que praticamente impediam esse registro. No entanto, deve-se reconhecer que era possível tanto o registro de som como o de imagem.

Mas, as dificuldades apontadas e o desenvolvimento da tecnologia levaram os musicoterapeutas à substituição desta por outros meios de registro como slides, por exemplo, que também possibilitavam esse registro. No entanto, não eram os mais adequados para o

nosso tipo de atividade, porque não só congelavam a imagem, impedindo que se pudesse ver o paciente e o musicoterapeuta em ação, mas, também, não possibilitavam a escuta do que estava sendo tocado e que deveria ser o centro da análise.

Contudo, as nossas máquinas foram diminuindo e os nossos registros foram tendo maior precisão, com mais definição, com som mais acurado, e com o registro de imagens em movimento chegando, hoje, aos aparelhos celulares, o que pode ser considerado um grande ganho (quanto à utilização dos aparelhos celulares nas sessões considero que cabe a elaboração de outro trabalho)!!!!.

Vale observar que as ferramentas mais utilizadas pelos docentes para formar musicoterapeutas têm sido aulas expositivas, leituras, experiências práticas, seminários e, também a supervisão. Entretanto,

nos últimos anos muitos estudos de pesquisa na área têm apresentado o desenvolvimento de ferramentas de análises detalhadas da aplicação das técnicas de musicoterapia, permitindo um maior grau de consistência na terminologia utilizada, e nas intervenções que são feitas durante a clínica (Baker and Wigram, 2005; Grocke and Wigram, 2006; Wigram, 2004, in Wosch and Wigram (2007, p. 13).

Com as novas tecnologias muitas são as possibilidades, por exemplo, de se utilizar a prática de outros musicoterapeutas para exemplificar e discutir aspectos considerados importantes. Isto, além dos registros do próprio docente, o que se apresenta como uma grande oportunidade para este fazer uma análise crítica, que se constitui como sendo de extrema importância para a aprendizagem.

Uma das melhores formas de aprendizagem é através da *microanálise* de gravações da prática clínica sendo que, para o docente, pode-se considerar mais confortável criticar o seu próprio trabalho. Esta análise é ainda de extrema importância para o musicoterapeuta clínico que, no momento da sessão tem pouco tempo para tomar decisões de como proceder e pode, assim, posteriormente, ver e rever os acontecimentos e criticar a sua atuação.

As dificuldades, no entanto, não se restringem aos registros das nossas práticas, mas, no que se constitui como o centro deste artigo: na atualização do docente, das formas já acima apontadas e, principalmente, no que pode se considerar uma das maiores dificuldades que é o acesso à bibliografia, pelos aspectos já assinalados anteriormente.

Todavia, ainda existem outras formas de docência que contribuem sobremaneira para o desenvolvimento do aluno, aliadas às formas mais tradicionais: as “Experiências Musicoterápicas”.

8. AS “EXPERIÊNCIAS MUSICOTERÁPICAS” NOS CURSOS DE MUSICOTERAPIA

Quando se fala em preparo para a prática clínica futura não significa exclusivamente o ensino da teoria e de questões referentes à clínica, mas, também, experiências que devem ser vividas pelos alunos como as que trabalham com o corpo, voz e utilização de instrumentos, e de práticas que tenham por objetivo o crescimento pessoal/profissional do futuro musicoterapeuta.

Este preparo pode ser feito tanto através dessas atividades práticas acima citadas como, também, daquela que denomino “Experiências Musicoterápicas” (ou musicoterapêuticas) que, sem **dúvida**, podem fazer o diferencial de um curso.

Para ilustrar a questão devo trazer a minha participação numa experiência como as acima citadas, então denominadas como componentes da intitulada “Musicoterapia Didática”. Infelizmente a referida experiência não foi vivida ainda como aluna, mas, sim, logo depois de formada. De qualquer forma trouxe grande contribuição para o meu desenvolvimento no exercício da prática clínica.

O psiquiatra, psicanalista e musicoterapeuta argentino Dr. Rolando Benenzon realizou uma atividade deste tipo no *Conservatório Brasileiro de Música*. Para formar o grupo foram colocadas algumas exigências como: um total máximo de 10 participantes já formados em musicoterapia e todos já terapeutizados por, ou em terapia com psicoterapeutas de qualquer corrente teórica.

O musicoterapeuta do grupo tinha sido escolhido pelo próprio Dr. Benenzon, sendo que ele (Dr. Benenzon) tinha um papel de observador e daquele que analisava a dinâmica da ‘sessão’ e que conduzia a discussão após a prática. Esta atividade foi realizada diariamente durante uma semana, por três anos seguidos e possibilitou grandes discussões acerca de atividades realizadas, da atuação do musicoterapeuta, das técnicas empregadas, enfim, de qualquer um dos aspectos que fazem parte de um processo tendo-se como área de fundamentação teórica a psicanálise, visto que o Dr. Benenzon **é um psicanalista**. Assim,

foi possível sentir-se a importância da participação nesse grupo, o que fez com que em 1989 a referida atividade fosse incluída como uma das disciplinas do curso de musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, com algumas mudanças.

O objetivo da disciplina era o desenvolvimento do aluno também como pessoa na relação com a música e com o outro, e que aqui se preparava para o exercício da prática clínica que seria vivida futuramente com seu paciente. Esta atividade prático-teórica (nesta ordem porque as atividades práticas são vivenciadas antes da análise teórica das mesmas) foi, posteriormente, objeto de uma pesquisa por mim realizada de 2000 a 2002 e os resultados foram apresentados em vários congressos como, por exemplo, no *10º Congresso Mundial de Musicoterapia* realizado em vários *Campus* da *Oxford University*, em Oxford, (UK), em 2002, num Simpósio exclusivamente sobre o tema, organizado pela musicoterapeuta americana Barbara Wheeler, que à época era a Presidente da Comissão de Educação da *World Federation of Music Therapy*.

Para este Simpósio foram convidados 35 musicoterapeutas e 15 profissionais de países onde a referida atividade era realizada como uma ferramenta da docência: Israel, USA (três musicoterapeutas), Austrália, Inglaterra (três musicoterapeutas), Brasil, Dinamarca, Alemanha e Canadá (um musicoterapeuta de cada país). Os resultados da referida pesquisa estão publicados na *Revista Brasileira de Musicoterapia Ano IX, número 7*, (2004).

Para se ilustrar a relevância das “Experiências Musicoterápicas”, que hoje fazem parte de alguns cursos que formam musicoterapeutas, e a compreensão da sua validade, deve-se incluir aqui uma experiência que ratifica o acima exposto. Esta teve por objetivo preparar alunos através de um curso de verão, para serem admitidos no curso de formação de musicoterapeutas, na Latvia, um dos Estados Bálticos, país tão afastado do Brasil não só em distância como, também, em cultura, língua e costumes (BØTKER, Julie Ørnholt, 2015).

A inserção de comentários aqui, sobre um texto que apresenta uma experiência em um local que difere da nossa realidade, em todos os aspectos acima citados, justifica-se para ratificar que as diferenças tanto de cultura como de idioma e costumes, embora sejam

enormes, mostram uma preocupação dos docentes do mundo inteiro, com a preparação da pessoa que quer ser terapeuta como, também, para o desenvolvimento daquele que, **já como aluno**, prepara-se para exercer a função de musicoterapeuta.

O que se quer frisar, aqui, é que isto pode demonstrar a compreensão da relevância deste tipo de atividades na formação do musicoterapeuta em várias partes do mundo, como ficou evidenciado pela organização do Simpósio de 2002 e pela atividade realizada, recentemente, na Letônia.

DISCUSSÃO

O objetivo deste artigo foi aprofundar a compreensão que se tem sobre a docência em musicoterapia e os aspectos que dela fazem parte e que se constituem como o centro desta discussão. Para isto foi feita inicialmente uma busca de artigos sobre o tema, tanto em português como em inglês, devendo-se frisar a dificuldade encontrada nessa investigação, o que leva à conclusão que a docência em musicoterapia deve ser objeto de pesquisas e estudos futuros. A partir dessa dificuldade decidiu-se por pesquisar os artigos publicados nas revistas brasileiras de Musicoterapia: *Revista Incantare* (interdisciplinar) e *Revista da UBAM* - União Brasileira de Associações de Musicoterapia, ambas abrigadas pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). No entanto, como um único artigo foi nestas encontrado, partiu-se para um levantamento em inglês, onde foram achados alguns artigos sobre o tema, aqui objeto de análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da musicoterapia continua em crescimento e os docentes têm que estar preparados e constantemente se atualizando através da participação em eventos onde são discutidas as questões da área, bem como em livros/artigos de autores tanto brasileiros como estrangeiros, já que a nossa produção não é tão extensa e as nossas práticas clínicas não diferem tanto entre si. Para isto, basta ter a compreensão das diferenças de cultura e de aspectos referentes ao meio.

Na verdade, sobre docência existe muito pouco material que possa ajudar os docentes de musicoterapia, pelo menos em português. De fato, poucos autores escrevem sobre o tema que, apesar de ser de extrema importância, não tem sido objeto de estudos

e de produção de literatura na área, tanto no Brasil como no exterior. Assim sendo, os candidatos à docência e os já docentes têm que se atualizar na literatura estrangeira que também não tem se preocupado suficientemente com o assunto.

No entanto, não só a literatura pode ajudar os musicoterapeutas a se informarem ou terem maior conhecimento sobre um determinado tema. A participação em eventos como congressos, debates públicos, mesas redondas e outros espaços de discussão sobre os aspectos mais importantes da área, dentre eles a docência, repetindo, podem contribuir para a atualização dos formadores de musicoterapeutas.

Mesmo não se tendo no Brasil cursos de musicoterapia em nível de pós-graduação *stricto sensu* – mestrado e doutorado – é importante se ter informações a respeito da docência nesses níveis porque, certamente, sempre é possível que ideias aí veiculadas possam ser adequadas e seguidas em níveis de graduação e pós-graduação *lato senso*.

Assim, são louváveis os esforços empreendidos pelos editores dos periódicos específicos da área para que alguns temas sejam abordados, pois, muitas vezes, estes são assuntos sequer pensados para serem objeto de estudo dos musicoterapeutas e podem dar uma contribuição significativa aos profissionais da área.

REFERÊNCIAS

ARNDT, Andressa Dias; VOLPI, Sheila. **Os desafios do professor musicoterapeuta no acompanhamento da constituição do ser musicoterapeuta**. Trabalho apresentado no XI Congresso Nacional de Educação. II Seminário Internacional de Representações Sociais. Subjetividade e Educação. SIRSSE. IV Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente – SIPD/Cátedra UNESCO. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2013.

Associação Brasileira de Tecnologia Educacional. ABT. Rio de Janeiro.

AZEVEDO, Thalyta de Matos. **‘A lembrança que o outro cantou’: Musicoterapia no processo de Luto**. Monografia de Graduação em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música. Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2015.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Students’ Experiences of Experiential Music Therapy: a qualitative research study**. X Music Therapy Congress. Oxford, 2002.

_____. Lia Rejane Mendes. As “Experiências Musicoterápicas” nos Cursos de Musicoterapia: uma pesquisa qualitativa-fenomenológica. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano IX, Número 7, 2004.

_____. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Dallas (TX): Barcelona Publishers, 2016.

BØTKER, Julie Ørnholt. Voice Work within Educational Setting. **Teaching, Learning and Sharing Music Therapy as a Tool for Change**. Collection of articles and essays. Music Therapy Summer School. Riga: Rīgas Stradiņš University, 2015.

BRUSCIA, Kenneth. Advanced Competencies in Music Therapy. **Music Therapy**, 1986, Vol. 6A, n. 1, 57-67.

BYERS, Kerry L. Hyrniw. **A History of the Music Therapy Profession: diverse concepts and practices**. Dallas (TX): Barcelona Publishers, 2016.

CUNHA, Maria Isabel da. Diferentes olhares sobre as práticas pedagógicas no Ensino Superior: a docência e sua formação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. **Educação**. Vol. XXVII, nº54, setembro-dezembro, 2004, pp. 525-536.

EMMEL, Rúbia; KRUL, Alexandre José. A docência no Ensino Superior: reflexões e perspectivas. **Revistas IMED**. v. 3, n. 1, 2017.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação e Sociedade**. Ano XXIII, nº 79, Agosto 2002.

FERREIRA, Michelle de Melo. Construção e gestão do conhecimento no ensino superior de musicoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Musicoterapia** - Ano XVII, nº19, 2015, pp. 8 – 20.

FLEURY, Eliamar Aparecida de Barros. **Efeito da Musicoterapia Interativa na Redução do Nível de Estresse em Pacientes Submetidas à Fertilização Assistida**. 2018. Tese. (Doutorado no PPG - Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, (GO), 2018.

LANA, Ana Maria Arruda. O luto da perda reprodutiva: uma área de atuação da musicoterapia. **Revista Pesquisa e Música**. Conservatório Brasileiro de Música. Centro Universitário. Volume 10/11. Número 1. 2010/2011.

MARANTO, Cheryl Dileo e BRUSCIA, Kenneth. **Methods of Teaching and Supervising the Music Therapist**. Philadelphia: Temple University. Esther Boyer College of Music, 1987.

PEIXOTO, Paulo de Tarso; REGGIO, D. **Espaços expressivos: Diversidade e Heterogênese Urbana**. Visões (Rio de Janeiro. Impresso), v. 8, p. 8-28, 2010.

PIMENTEL, Adriana F. **A musicoterapia na sala de espera em uma unidade básica de saúde: os usuários rompem o silêncio**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa EICOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

Revista Brasileira de Musicoterapia. Revista da União Brasileira de Associações de Musicoterapia. ISSN. 2316-994X. 24 números.

Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. **Incantare**. ISSN 2317-417X. 13 números.

WOSCH, Thomas; WIGRAM, Tony. Microanalysis in Music Therapy: Introduction and theoretical basis. In: WOSCH, Thomas; WIGRAM, Tony. **Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira. **A Docência em Musicoterapia no Brasil**. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. Trabalho apresentado na Mesa Redonda: A Docência em Musicoterapia no Brasil. 06 a 09/set/2006 - Goiânia-GO

_____. Musicoterapia em ações de ensino, pesquisa e extensão: um relato de experiência. In: **Pesquisa em música e diálogos com produção artística, ensino, memória e sociedade**/Paulo Costa Lima, organizador. – Salvador: EDUFBA, 2016. 287 p. – (Série Parallaxe; I). ISBN 078-85-232-1563-7.

Recebido: 19/11
Aceito: 02/04

A CIÊNCIA-ARTE DA MUSICOTERAPIA: SOBRE O SEU DESENVOLVIMENTO EM CUBA¹

Teresa Fernández de Juan²

Resumo: Ao longo do artigo, o principal pano de fundo para o desenvolvimento da musicoterapia em Cuba é explicado como uma visão histórica. Posteriormente, descreve a formação do Grupo (mais tarde Associação) de Musicoterapeutas cubanos, detalhando os nomes daqueles que semearam uma referência importante nele, começando no século ancestral. O artigo é ilustrado com fotos que acompanham esta bela obra, com as datas da fundação do grupo inicial até o presente; e os tempos em que Cuba se juntou, como um grupo de musicoterapia, as várias organizações internacionais e latino-americanas a que pertence. Ele detalha as realizações individuais e de grupo que foram alcançadas, bem como as diferentes linhas de aplicação e pesquisa de seus membros. Alguns dos professores musicoterapeuta que têm cooperado com a sua formação e desenvolvimento também estão incluídos. Dentro do artigo, todas as publicações do grupo foram inseridas, desde a sua formação até os dias atuais, para a entrada de os leitores.

Palavras-chave: Musicoterapia em Cuba. História do grupo cubano de musicoterapia. Associação Cubana de Musicoterapia.

40

1 Desejo agradecer aos membros da Associação Cubana de Musicoterapia pela atualização deste artigo, e especialmente ao Dr. Rigoberto Oliva Sánchez. (rigobertooliva0@gmail.com), bem como a mestre Idida Maria Rigual (idida@cubarte.cult.cu)

2 Doutora em Ciências Psicológicas da Universidade de Havana, com especialidade em Musicoterapia, e Pesquisador Sênior do Departamento. de Estudos Culturais do Colégio da Fronteira Norte, AC, México. Fundadora do Comitê Latino-Americano de Musicoterapia e também do Grupo de Musicoterapeutas de Cuba, do qual atuou como Presidente de 1989 a 2013. E-mail: teresaf@colef.mx

LA CIENCIA-ARTE DE LA MUSICOTERAPIA: ACERCA DE SU DESARROLLO EN CUBA³

Teresa Fernández de Juan⁴

Resumen: A lo largo del artículo se explicitan los principales antecedentes del desarrollo de la musicoterapia en Cuba a modo de reseña histórica. Posteriormente, se describe la formación del Grupo (luego Asociación) de Musicoterapeutas Cubanos, detallando los nombres de aquellos que sembraron una referencia importante en el mismo, a partir del siglo antepasado. El artículo viene ilustrado con fotos que acompañan este hermoso quehacer, con las fechas de la fundación del grupo inicial hasta el presente; y los tiempos en que Cuba se incorporó, como grupo de musicoterapia, a las distintas organizaciones internacionales y latinoamericanas a las que pertenece. Se detallan los logros individuales y grupales que se han obtenido, así como las diferentes líneas de aplicación e investigación de sus miembros. Algunos de los maestros musicoterapeutas que han cooperado con su formación y desarrollo, son también incluidos. Dentro del artículo se han insertado todas las publicaciones del grupo, desde su formación hasta la actualidad, para el insumo de los lectores.

Palabras clave: Musicoterapia en Cuba, Historia de la Musicoterapia en Cuba, Asociación Cubana de Musicoterapia.

41

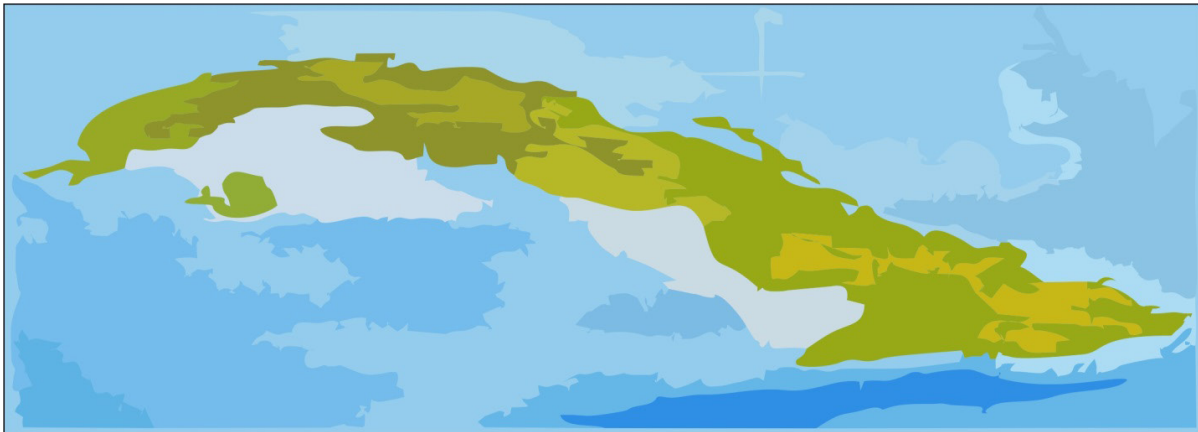
3 Deseo agradecer la actualización brindada a este artículo por parte de varios miembros de la Asociación Cubana de Musicoterapia, y muy especialmente al Doctor Rigoberto Oliva Sánchez. (rigobertooliva0@gmail.com), así como a la Maestra Idida Maria Rigual (idida@cubarte.cult.cu).

4 Dra. en Ciencias Psicológicas por la Universidad de la Habana con especialidad en Musicoterapia, e Investigadora Titular del Departamento. de Estudios Culturales de El Colegio de la Frontera Norte, AC, México. Fundadora del Comité Latinoamericano de Musicoterapia y también del Grupo de Musicoterapeutas Cubanos, del cual fungió como su Presidenta desde el año 1989 hasta el año 2013. Correo electrónico: tere-saf@colef.mx

INTRODUCCIÓN: SOBRE ANTECEDENTES EN EL PAÍS DEL USO DE LA MÚSICA EN LA SALUD

Cuba es uno de los países de América Latina que aún lucha por consolidar a la Musicoterapia como una especialidad con su merecido rango de licenciatura. No obstante, es de señalar que diversos especialistas han considerado en el país históricamente el uso de esta disciplina bajo diferentes supuestos, sin existir un consenso científico entre los diversos grupos, ni una formación universitaria o su preparación posgraduada, como ya mencionábamos con pesar. Y esto, a pesar de los logros significativos alcanzados en Cuba tanto en el desarrollo de la música como en la salud.

MAPA 1. ISLA DE CUBA.



Fuente: Elaborado por la autora, 2019.

Aclaremos esto debido a que “el uso de la música en la salud” - que bien sabemos no es musicoterapia, como es recalado en la definición de la WFMT (Fernández, 2008b), fue antes sembrando distintos aportes, bases e interesantes resultados a lo largo de esta nación, con un primer antecedente en 1898, a través del tratado más antiguo escrito en Cuba - por el Doctor en Medicina Antonio De Gordon y Acosta - acerca del uso de la música con fines de curación: *Indicaciones terapéuticas de la música* (1898). Como fue descrito por Delgado (2001, p. 56), este profesor de conocimientos enciclopédicos fue una de las figuras más importantes de la enseñanza superior de la medicina y de las ciencias en Cuba en el siglo XIX, graduado, además, en todas las Facultades de la Universidad de La Habana de aquella época (Medicina, Farmacia, Ciencias, Derecho, Filosofía y Letras), donde se

desenvolvió como uno de sus más eminentes maestros en múltiples materias durante las tres últimas décadas del citado siglo. Entre sus numerosas monografías también se encuentran *El primer ruido fisiológico del corazón* (De Gordon, 1882), *Medicina indígena de Cuba y su valor histórico* (De Gordon, 1894) y *Consideraciones sobre la voz humana* (De Gordon, 1889).

En cuanto a su concepción sobre cómo utilizar terapéuticamente la música, De Gordon, para quien ésta era “un poderoso elemento [tanto] preventivo como curativo” (De Gordon, 1898, p. 44), agrega, como un factor importante, la fuente o instrumento que la genera, de forma que: la flauta actuaría fundamentalmente sobre los males que aquejan al sistema digestivo, acelerando los jugos gástricos —de hecho, señala también que el canto moderado favorece la digestión, motivo por el cual en muchas comunidades religiosas de la antigüedad se asistía a coros, que entonaban canciones después de comer—. A su vez, el arpa, el violín y el violoncello, actuarían en el sistema nervioso aplacando la excitación nerviosa; en lo que el fagot levantaría el ánimo; el cornetín operaría sobre el sistema muscular, energizando el cuerpo. Y el tambor, sobre el sistema circulatorio, acelerando la circulación y aumentando las pulsaciones (De Gordon, 1898).

También este afamado especialista clasifica la música a utilizar según el Sistema en que ejerce una mayor influencia. Explica que los sonidos agudos, los tonos altos y en general las piezas en modo mayor, actuarán, con un efecto excitatorio, sobre el Sistema Nervioso y el Sistema Respiratorio; que la descrita por él como “música fuerte”, agitará el movimiento de la sangre y el ritmo respiratorio, por lo que actuará fundamentalmente sobre los Sistemas Cardíaco y Respiratorio. Las composiciones musicales con ritmo pausado, así como los cantos poco variados, producirán somnolencia, ya que actúan sobre el Sistema Nervioso; sobre el cual también operarán la llamada “música pueril y melancólica” (que resultaría sedante) y la música campestre, la fantástica y la religiosa, que activará las facultades intelectuales. Por último, plantea que la música guerrera y la danzante, actuarán sobre el Sistema Muscular y el Sistema Nervioso, provocando en el oyente regocijo, alegría y movimientos inconscientes. Parte de ello se encuentra recogido en forma de tablas en el primer folleto creado por el Grupo en formación de musicoterapia cubano (Fernández *et al.*, 1989).

Ya en el siglo XX, si nos remontamos a la década de los cincuenta, podríamos señalar al Doctor Celestino Álvarez Lajonchere, destacado investigador cubano especialista en Obstetricia y Ginecología, quien luego de aprender en París el método profiláctico de Lamaze para lograr un parto más natural y menos doloroso - que instauró en una clínica privada que fundó antes de la Revolución, o sea antes de 1959, en el Vedado, la Habana-, apeló a la aplicación de selecciones musicales - como el “Bolero” de Maurice Ravel- en las clínicas Antonetti (hoy Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular) y otros hospitales maternos, para “hipnotizar” a sus pacientes embarazadas, con el fin de lograr un mayor estado de relajación durante el parto.⁵

En este sentido, el ingeniero de sonido, musicoterapeuta e investigador Alfredo Hidalgo-Gato (2008) cita referencias muy completas, como su uso en los años sesenta por el psiquiatra José Galigarcía y un grupo de músicos (la guitarrista Clara Nicola y el profesor de audición musical y fagotista José Rosado Camacho), en el Hospital de Día del Calixto García con pacientes neuróticos, a los cuales se les impartió apreciación musical antes de las audiciones, para discutir sus impresiones luego de las escuchas. También Hidalgo-Gato nombra, entre otros, al psiquiatra Armando Córdova y a la psicóloga Elena Iglesias, quienes trabajaron en el Hospital Piti Fajardo de 1969 a 1975. Gracias a sus conocimientos, esta pareja utilizó la música (no se aclara de qué tipo) en sus sesiones terapéuticas, llegando a conformar un coro con los pacientes, al finalizar el tratamiento. Y al Dr. Armando Chang, quien a principios de 1970 laboró en el Hospital Psiquiátrico de la provincia de Camagüey (dato importante, porque hasta ahora sólo nos referíamos a aplicaciones dentro de la provincia de la Habana). Chang contó con la participación del músico Frank Fernández, en pacientes deprimidos y o estresados y con la colaboración del especialista en música Pedro Pimentel. La utilizó como una especie de “preanestésico”, al menos en sus primeras etapas.

Sin embargo, cuando relatamos los antecedentes de nuestra especialidad, no podemos dejar de destacar muy especialmente el trabajo del psicólogo Rafael Alvisa Lastra (Cf. Fernández, 1994), quien a principios de los años ochenta ya se encontraba trabajando

⁵ Para más datos de los distintos especialistas cubanos que han utilizado la música en la salud en esta forma primaria, a lo largo del tiempo hasta su incorporación como Musicoterapia ver Fernández (2003) e Hidalgo-Gato (2008).

con el guitarrista René González para desarrollar un método con música e imágenes para lograr un efecto subliminal en pacientes estresados del Instituto de Endocrinología de La Habana, donde trabajaba. Posteriormente, Alvisa se traslada al Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, donde continúa esta investigación con el compositor Juan Blanco y dirige el Departamento de Psicofisiología. Aquí comienza a desarrollar, con un equipo de psicólogos (entre los cuales tuve la oportunidad de encontrarme) investigaciones sobre el efecto de la cromoterapia, de la música en la salud (Cf. Fernández, 1994; Fernández, 1996a; Fernández, 1996b; Fernández, 2003; Fernández, Oliva y Rigual, 2007) y de la aromaterapia.

Es entonces cuando Alvisa - de acuerdo a sus propias palabras -, siguiendo los principios del francés Rambonsson y del ruso Béjterev, utiliza algunas selecciones musicales pregrabadas según ciertos estados de ánimo, que debían emplearse con un orden que implicaba el estado alterado del paciente (depresivo o ansioso) hasta descender el mismo (Cf. Fernández *et al.*, 1989).⁶

Posteriormente (1987), junto a otros investigadores del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro de la Academia de Ciencias de Cuba y del Centro de Investigación y Desarrollo de la Música Cubana, fue creado, con esas selecciones musicales, un lugar de aplicaciones auditivas en el Centro Profiláctico del Trabajador del Ministerio de La Industria Básica (centro de descanso con múltiples opciones para trabajadores de alto riesgo). Estas selecciones se siguen aplicando aún, con un objetivo similar y combinado con hidroterapia, en tratamientos para la inducción del sueño del Centro de Relajación y Rehabilitación de Topes de Collantes. Lugar que se encuentra enclavado en un paisaje natural de gran belleza dentro del grupo montañoso Guamuahaya o Sierra del Escambray, en la provincia cubana de Sancti-Spíritus. Los que lo emplean pertenecen al personal de salud del hospital (enfermeras, básicamente, y psicólogos) con un objetivo meramente tranquilizador y sin partir de la historia musical del paciente.

⁶ Basamento similar al promulgado por el psiquiatra Altshuler y luego reformulado, para la musicoterapia, por el Dr. Rolando Benezon, aunque para el ISO se toman en cuenta otros muchos aspectos de los que aquí se carecía, como por ejemplo la afinidad del paciente a cada tipo de música o sonido específico, entre muchos otros.

También un intento de aplicar la música en la salud con fines curativos (sin bases de musicoterapia) fue desarrollado, como una opción de tratamiento paralelo para niños asmáticos, según se comenta, con éxito, por el psicólogo Orlando Licea, quien inicialmente también formó parte del equipo de psicología del profesor y psicólogo Rafael Alvisa. Licea contó para ello con la participación del músico Frank Fernández y continuó su trabajo desde finales de los ochenta hasta los noventa, aproximadamente.

SURGIMIENTO DEL LABORATORIO (CON EL GRUPO EN FORMACIÓN, POSTERIORMENTE ASOCIACIÓN) DE MUSICOTERAPIA EN CUBA

Desde finales de los ochenta ya se crea el Grupo (entonces en formación) de Musicoterapeutas Cubanos, por la autora de este trabajo (Cf. Fernández, 1994; Fernández 1996a; Fernández, 2003; Fernández, Oliva y Rigual, 2007), mismo que se incorporó, a raíz su fundación, a la WFMT (World Federation of Music Therapy, o Federación Mundial de Musicoterapia, en español), así como a la Federación Latinoamericana de Musicoterapia, concebida inicialmente en Río de Janeiro, Brasil, donde tuve la oportunidad de asistir al *VI Congreso Mundial de Musicoterapia* presidido por la Maestra Cecilia Fernández Conde y, gracias al cual, Cuba y su bandera se vieron representadas por vez primera.

En este Congreso germinó la necesidad de crear una organización (que terminó siendo Comité) latinoamericana de musicoterapia⁷, idea que se retomó en 1993 y que concebimos inicialmente, al fundarla como Asociación Latinoamericana, en el próximo Congreso Mundial, celebrado en Vittoria-Gastéis, España (Cf. Fernández, 2003). Esta comenzó siendo presidida por Cecilia Conde, una de las precursoras de la musicoterapia brasileña, y contó además con representantes de la Argentina, México, Perú, Uruguay, Venezuela, Colombia, Chile y por supuesto Cuba (Mendoza, 1999).

Después de culminar mis estudios de música en la escuela Ignacio Cervantes a principios de la década de los ochenta, y en lo que aún trabajaba como psicóloga-investigadora bajo la dirección de Alvisa Lastra en el Laboratorio de Psicofisiología, profundicé el interés por adentrarme científicamente en las bases de lo que, luego de varias lecturas, pude entender que era toda una disciplina científica. Ello conllevó a gestiones y acercamientos

⁷ Schapira, 2019, Comunicación personal

hasta que, contando con el apoyo de entrañables amistades argentinas, tuve la invaluable oportunidad de cursar en 1991 una pasantía (Observación y Práctica de Musicoterapia) en la capital y provincia de Buenos Aires, en ambientes hospitalarios de disímiles instituciones. Esto gracias a la gentileza y bajo la supervisión del Doctor Honoris Causa en musicoterapia, músico, compositor y psiquiatra Rolando O. Benenzon, precursor de la musicoterapia en Latinoamérica, fundador y primer Presidente de la Federación Mundial de Musicoterapia. En ella pude acercarme al trabajo de grandes musicoterapeutas especializadas en diferentes ramas (sólo por mencionar algunas, destaco a las conocidas Ofelia Herrendorf y Liliana D'Asero), a través del Complejo Comunitario de Vida Permanente (entrenamiento en docencia e investigación) dirigido por el Doctor Benenzon.

En la medida en que obtenía estos conocimientos, y gracias al bagaje inicial adquirido en el trabajo previo con Rafael Alvisa - por quien me interesé inicialmente en esta disciplina -, comencé la creación de un Grupo Interdisciplinario en Cuba, con profesionales interesados en realizar su trabajo práctico en esta temática de manera sistematizada. Así es que trasladé esas enseñanzas y bibliografías, al entonces Grupo en formación de Musicoterapeutas Cubanos, con base en el Laboratorio del Centro de Investigaciones Fundamentales del Cerebro de la Academia de Ciencias - que era donde realizaba mi labor, tanto terapéutica como investigativa -. De ahí pasé a formar parte del Laboratorio Psicosocial del Instituto de Investigaciones Sociales, y convierto su centro en un Laboratorio de Musicoterapia. Allí realizábamos estudios interdisciplinarios relacionados con nuestra práctica de la musicoterapia en distintas ramas, casi siempre con un enfoque investigativo.

Es importante aclarar esto porque, dado que fui la única cubana que tuvo la oportunidad de pasar por esta especialización fuera del país, aunado al hecho de mi formación académica de base, no sólo iba trasladando al Grupo cada conocimiento adquirido, sino que, partiendo de mi instrucción interdisciplinaria, lo trabajaba en conjunto con distintos especialistas afines, en estrecha colaboración.

Esto provocó que, a diferencia de lo acontecido en otros países - como lo ha detallado muy acertadamente la musicoterapeuta Doctora Lia Rejane Mendes (Nathalya Avelino, 2019) -, en el caso del grupo de Cuba, se estableciera una especie de práctica clínica premodulada experimentalmente, de manera que se estableciera con una meta

investigativa desde sus inicios, en muchos casos, o sea, pensando en resultados que pudieran ser científicamente palpables. De forma que pudimos exhibir las primeras experiencias (aún las formativas⁸) de forma documentada, así como, bajo mi dirección, trabajar cada propuesta de musicoterapia con modelos investigativos, en que los otros miembros se iban adiestrando. De esta manera, en lo que se desarrollaba cada vez más una experiencia clínica en disciplinas relacionadas con el campo de la musicoterapia, se orientaba, con una base metodológica, como pesquisa musicoterapéutica, desde diferentes enfoques interdisciplinarios.

Las primeras exposiciones del Grupo de Musicoterapeutas Cubanos pertenecen al año 1992, ante la realización del evento internacional *Physiopathology of Nervous System Proceedings of the Second Conference*, desarrollado por el Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro (INIFUNCE) de la Academia de Ciencias de Cuba (mi lugar de adscripción en aquel tiempo). En el mismo fueron expuestos, así como publicados someramente, sus primeros intentos musicoterapéuticos, todos desarrollados en hospitales y centros educativos (que son, como es ampliamente conocido, gratuitos en Cuba) y como validación del método utilizado en cada caso para otras aplicaciones similares. Como ejemplos podemos referir:

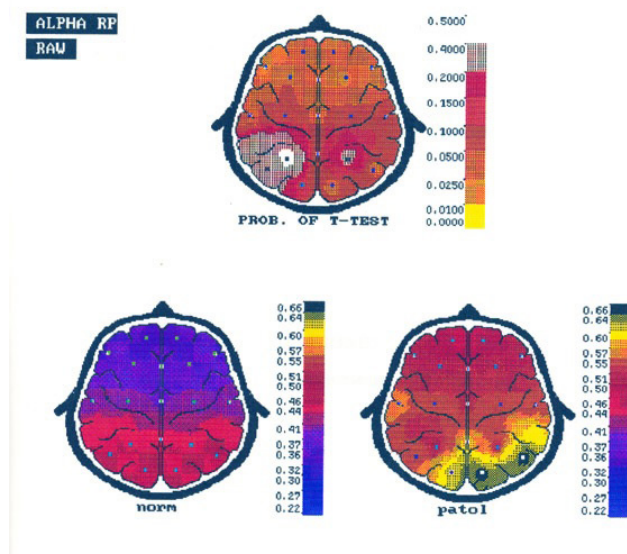
1. "Psychoballet and Musictherapy" (Fernández y Presmanes, 1992). Consistió en la combinación de técnicas musicoterapéuticas en adolescentes y niños con desajustes sociales. La exploración de sentimientos y conflictos surgía de las narraciones ofrecidas sobre la base de determinadas músicas escuchadas y, para la reafirmación de valores positivos, se analizaban canciones grabadas en dependencia de su contenido. Se realizaron en conjunto con el tratamiento de Psicoballet., con selecciones musicales compuestas por los alumnos en muchos casos; en lo que en otros, éstas eran confeccionadas en colectivo, entre otras modalidades.

8 Hubo una cuyo contenido no fue musicoterapéutico, sino exploratorio primario, a saber: Fernández y Alvisa (1992). Su objetivo consistió, por una idea de Alvisa, en conocer la percepción que, sobre los diferentes tipos de música, existía en la población aledaña a nuestra institución, de donde extraíamos algunas muestras poblacionales.

2. “Experimental Applications of Active Music-therapeutical Techniques in a Sample of Behaviorally–disordered Children” (Fernández, Alvarez y Cordeiro, 1992). Exponía los resultados básicos de otra forma de aplicar la musicoterapia, esta vez en niños con trastornos de aprendizaje. Fue un trabajo multidisciplinario que contó, aparte de mi asesoría, con el trabajo colegiado de una maestra de música, de una logopeda y de una psicóloga del centro en cuestión, y presentó resultados muy exitosos en los tres alumnos, que fueron seleccionados por presentar los mayores problemas en el lenguaje y en la autoestima. Este artículo luego fue desarrollado con mucho más detalles (a petición de los lectores) en Fernández (2008a).
3. “Psychophysiological Experiences of the Sedative Effect of Musical Fragments” (Fernández, Fuertes y Cádiz, 1992), que consistió en hacer escuchar fragmentos de diferente tipo luego de la aplicación de un cuestionario (tipo ficha musicoterapéutica) y una prueba de medición de la ansiedad (pre y pos test) a una muestra de personas, a las que se les registraba la reacción cardiaca, la del pulso y otros elementos psicofisiológicos durante su audición con los ojos cerrados. Este trabajo coadyuvó al desarrollo posterior de su uso experimental en pacientes muy ansiosos ante el tratamiento de hemodiálisis, que con esta selección musical lograron relajarse, al extremo del sueño (Fernández, y Verdes, 1992; Verdes y Fernández, 1994).
4. “Spectral Study of the Cerebral–electrical Activity in Normal Subjects in Front of Axiogenic and Anxiolytic Auditions” (Fernández *et al.*, 1992). Este resumen refleja los primeros resultados de mi trabajo de doctorado —aún en ciernes—, cuyo análisis central fue luego publicado en 1995 (Fernández, Adrián y Virués, 1995) y parte de su basamento teórico en Fernández (1996a).

En 1993 defendí mi tesis de Doctorado en Psicología y Musicoterapia⁹, con un estudio teórico-experimental que contaba, entre varios registros, con el uso de selecciones musicales diversas y un mapeo cerebral, realizado —con la ayuda de otros especialistas— en el Hospital Hermanos Ameijeiras, en pacientes con ansiedad patológica. Este (ver fotografía1) contó con registros muy novedoso de comprobación psicofisiológica de la música a nivel coporo-mental (incluyendo los ritmos cerebrales) para reducir la ansiedad. Fue posteriormente expuesto en el *VII Congreso Mundial de Musicoterapia* celebrado en Vitoria-Gasteiz, al que fui invitada como Asesora Internacional del congreso por el musicoterapeuta, terapeuta GIM y especialista en comunicación, técnicas grupales y Director de AgrupArte, Patxi del Campo San Vicente. Gracias a su repercusión, fue publicado posteriormente en España (Fernández, Adrián y Virués, 1995; Fernández, 1996a).

FOTOGRAFÍA 1. MAPAS ESPECTRALES DE PACIENTES CON ANSIEDAD PATOLÓGICA BAJO LA ESCUCHA DE DIFERENTES SELECCIONES MUSICALES; PARTE DEL TRABAJO DE DOCTORADO PUBLICADO POR SU AUTORA, LA COAUTORÍA DE ADRIÁN Y VIRUÉS EN 1995.



Fuente: Archivo de la autora, 1993.

⁹ Quisiera dejar constancia de la colaboración recibida para su desarrollo, por parte del Dr. Nibaldo Hernández, director de la institución (INIFUNCE)

El Grupo de musicoterapia cubano en esa época contaba con especialistas de diversas disciplinas, como fueron los musicólogos José Rosado y el Maestro Jorge Fiallo Salazarte, los doctores en neurofisiología y neuropsicología Trinidad Virués y Néstor Manuel Pérez Lache, la profesora de piano y música Marielena Cordeiro, las psicólogas Carmen Verdes, Lourdes Presmanes, Marielena Alvarez, Vivian López y el doctor en medicina interna Máximo Hernández, del Consultorio Médico de la Escuela Internacional de Cine y Televisión de la Habana. También contamos con el apoyo de las trabajadoras sociales Nivia Fuerte, Mirtha Cádiz y Lorgia Carrión, entre otras, lo que se refleja en las publicaciones derivadas de las experiencias compartidas que fueron expuestas en esas fechas y que aparecen coronando parte de la bibliografía que compone el presente artículo.

FOTOGRAFÍA 2. COMPOSICIÓN DE PARTE DEL PRIMER GRUPO DE MUSICOTERAPEUTAS CUBANOS.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 1992.

ENFOQUE PRIMARIO CON ESPECIALISTAS EXTRANJEROS Y CONSOLIDACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

En el año 1994, gracias a la gentileza de colegas brasileños (destaco muy especialmente a la Maestra Cecilia Fernandez Conde) y otras amistades extranjeras, pude finalizar mi Especialización en Musicoterapia, en un curso intensivo desarrollado en el Conservatorio de Música de Río de Janeiro con la dirección de la profesora, compositora y directora musical Cecília Fernández Conde, Directora técnico-cultural del Conservatorio.

Conté para ello con la honrosa participación de otras afamadas maestras, como Lia Rejane Mendes Barcellos, Marly Chagas de Oliveira, Martha Negreiros Vianna, Luiz Antonio Milleco Filho, Ronaldo Pomponet Milleco y Marco Antonio Carvalho Santos, entre otros. Conocimientos y bibliografía que, a mi regreso a Cuba, también compartí con los miembros del Grupo de musicoterapia, al que continué actualizando en la medida en que este mutaba y que cambiaban algunos de sus miembros.

Es de resaltar que en este proceso de formación, especialización y transformación del Grupo Cubano, se contó con algunas experiencias de especialistas extranjeros. Así, a principios del 1994, la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana tuvo la oportunidad de escuchar una serie de conferencias del musicoterapeuta argentino Diego Schapira. Posteriormente, el Sistema Educativo contó con talleres de la musicoterapeuta Mónica Papalia, y el Centro de Salud Mental de Regla, con la presencia del musicoterapeuta y profesor sueco Hans Olof Johansson.

Pero los integrantes no detenían ahí su bagaje de adquisición **de conocimientos ni su** aleccionamiento constante. Para asegurar esto, cuando en 1995 comencé a trabajar en Tijuana, México, viajaba cada año a Cuba (a veces en más de una ocasión), con el objetivo de impartir docencia sobre la materia y compartir los materiales bibliográficos obtenidos en los congresos asistidos y en las librerías especializadas. Y también para asesorar el trabajo que, al efecto, los miembros estaban llevando a cabo. Esto incluye la dirección de tesis de licenciatura y de maestría que reflejaban parte de este quehacer musicoterapéutico. Algunos ejemplos están reflejados en publicaciones como: “Esteseometría y música prointelectiva” (Fernández, Cádiz y Perez-Lache, 1998)¹⁰, “La música como terapia y su aplicación en Cuba” (Fernández, 1996b), “Lateralidad manual y música relajante” (Fernández, Cádiz y Fajardo, 2000), *Donde termina la palabra: la música como terapia* (Fernández, 2001) y “Music Therapy in Cuba: A Brief Journey to the Immediate Future” (Fernández, 2003).

Una vez que el músico y psiquiatra Rigoberto Oliva Sánchez consolida su línea de aplicación clínica de musicoterapia en gerontes —trabajo clínico que comienza indagando sobre su aplicación con especialistas extranjeros, hasta que empezamos a colaborar

¹⁰ Trabajo que contó, para la selección musical escogida según los parámetros exigidos, con la valiosa colaboración del musicólogo Jorge Fiallo Salazarte,

juntos—, su trabajo es expuesto en “La musicoterapia en los gerontes: Una alternativa de salud” (Fernández y Oliva, 2003), en “Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos” (Oliva y Fernández, 2006) y en “La musicoterapia como modalidad gerocultural de tratamiento en ancianos deprimidos del Municipio Regla” (Fernández, y Oliva, 2008).

FOTOGRAFÍA 3. EL DOCTOR Y MUSICOTERAPEUTA RIGOBERTO OLIVA SÁNCHEZ EN LA IMPARTICIÓN DOCENTE DE MUSICOTERAPIA EN GERONTES, DENTRO DEL PRIMER MÓDULO DE LA MAESTRÍA.



Fuente: Foto del archivo de la autora, La Habana, 2007.

Posteriormente, Oliva enfocó su trabajo de Maestría en esa línea, y tengo el orgullo de ser su tutora de tesis, así como de la de Idida Rigual González (Musicoterapia y equinoterapia), clarinetista y educadora que arrastraba una gran experiencia en el trabajo con equinoterapia y que, con gran habilidad, lo enfocó a la musicoterapia así como a otros elementos de su práctica. Idida Rigual, años después (en 2014) se convierte en la Presidenta de la Asociación de Musicoterapeutas Cubanos, cargo que desempeña actualmente con gran éxito y tesón, en lo que continuaba su línea de aplicación musicoterapéutica (Cf. Rigual, 2006; Rigual, 2012a; Rigual, 2012b; Rigual, 2013; Rigual, s.f.; Rigual, 2017). Y Rigoberto Oliva, también docente como ella, es quien dirige su formación ética ante el Comité Latinoamericano de Musicoterapia (CLAM).

FOTOGRAFÍA 4: LA MAESTRA Y MUSICOTERAPEUTA IDIDA RIGUAL ALVAREZ, PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE MUSICOTERAPEUTAS CUBANOS DESDE 2014, EN LA IMPARTICIÓN DE MUSICOTERAPIA EN EQUINOTERAPIA, PERTENECIENTE AL PRIMER MÓDULO DE LA MAESTRÍA.



Fuente: Foto del archivo de la autora, La Habana, 2007.

Como otros ejemplos de difusión científica de la obra de los miembros de la Asociación cubana en congresos y artículos, se encuentran: “Update of music therapy in Cuba” (Fernández, Oliva, y Rigual, 2007) y “Música y salud en Cuba” (Hidalgo-Gato, 2008).

Durante los 24 años que representé a Cuba por el CLAM, una de mis tareas fue divulgar, en los congresos a los que pude asistir, no sólo mi trabajo como musicoterapeuta, sino también y fundamentalmente los logros y experiencias de la Asociación cubana que dirigía, para difundir la misma. Tal es el caso, por poner algunos ejemplos, del *IV Congreso CLAM* en el 2003 (ver fotografías 5 y 6), del trabajo presentado en el *XII Congreso Mundial de Musicoterapia* (Fernández *et al.*, 2008) y del extenso cartel del *VI Encuentro del CLAM* (2016), entre otros¹¹.

¹¹ No quiero dejar de señalar al *8vo Congreso Mundial de Musicoterapia* (1996) y *2do de la Federación Mundial de Musicoterapia (Sonido y Psique)*, al que, a pesar de haber sido invitada personalmente, por cuestiones de traslado no pude asistir, pero no obstante a esto, envié un trabajo que realicé, en unión a varios miembros de la Asociación, en forma de poster (cartel) (Fernández, Cádiz y Pérez-Lache, 1996) con uno de mis colegas extranjeros.

FOTOGRAFÍA 5. PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE LA ASOCIACIÓN DE MUSICOTERAPEUTAS CUBANOS EN CHILE, A RAÍZ DEL IV ENCUENTRO DEL CLAM.



Fuente: Archivo de la autora, 2003.

FOTOGRAFÍA 6. PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE LA ASOCIACIÓN DE MUSICOTERAPEUTAS CUBANOS EN CHILE, A RAÍZ DEL IV ENCUENTRO DEL CLAM.



Fuente: Archivo de la autora, Santiago de Chile, 2003.

De hecho, aunque que posteriormente dirigí mi atención en musicoterapia a grupos de mujeres con violencia doméstica en Tijuana, luego lo repliqué de forma investigativa en Cuba, en una estancia de dos años en ese país.

Para ese momento, resultaba una necesidad imperiosa la formación especializada de nuestra Asociación. Esto, debido a que sus miembros requerían de una preparación postgraduada que les permitiera calificar en este perfil. Y a finales del año 2006 tuve la dicha de encontrar una coyuntura favorable para esto, después de una conferencia magistral sobre musicoterapia desarrollada en un evento cubano, donde se pudieron abordar estas carencias y necesidades. Dado que en la misma se encontraban presentes los entonces Decanos de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana (Doctor en psicología Dionisio Zaldívar) y la entonces Decana de la Facultad de Música del Instituto Superior de Arte de Cuba (Doctora en música Miviam Ruiz¹²). Se logró un proceso de sensibilización, y es cuando aprovecho y planteo con ellos la factibilidad de desarrollar un posgrado de musicoterapia con el apoyo de ambos, sus profesores, e instituciones, si yo ponía los maestros y el programa a su disposición.

MAESTRÍA DE MUSICOTERAPIA EN CUBA

Es así que en el año 2007, luego de casi dos décadas de trabajar de forma ininterrumpida con la Asociación Cubana de Musicoterapia, encontramos al fin un compromiso institucional en el país para apoyar el desarrollo de la tan anhelada carrera de formación en Cuba. Entonces tomé *mis dos años* pendientes de sabáticos para coordinar la misma. El próximo paso fue, con la asesoría del doctor Diego Schapira, desarrollar un plan de estudios para desplegar en la Asociación la primera (y única, hasta este momento) Maestría Latinoamericana de Musicoterapia que se ha desarrollado en Cuba, con la participación de profesores cubanos y extranjeros de un alto nivel profesional.

La misma se llevó a cabo en el Instituto Superior de Arte en colaboración con la Facultad de Psicología de la Habana, con una duración de dos años (del 2007 al 2009) (ver fotografía 7) y contó con la labor docente de destacados musicoterapeutas, a saber: del doctor Diego Schapira, profesor de las carreras de musicoterapia en la Universidad de

12 Y el apoyo de la Dra. Maria Dolores Córdoba, también profesora de la misma

Buenos Aires y en la del Salvador (Argentina) y coordinador de los cursos de Formación en el Abordaje Plurimodal en Musicoterapia en Argentina, Chile, Brasil, Colombia y España (ver fotografía 8), la licenciada Karina Ferrari, doctorante en psicología social y también de Argentina; la doctora en musicoterapia Juanita Eslava, de Colombia y que luego fungió como Presidenta del CLAM, (ver fotografía 9), la doctora Guylaine Vaillancourt, Presidenta de la Asociación Musicoterapéutica de Quebec del 2003 al 2009 y de la Asociación de Musicoterapia de Canadá del 2009 al 2011, y la especialista corporal Amparo Alonso, ex representante del CLAM por Uruguay, musicoterapeuta, magister, psicoterapeuta y creadora del Modelo “Musicoterapia corporal y grupal” (ver fotografía 10).

FOTOGRAFÍA 7. ASOCIACIÓN DE MUSICOTERAPEUTAS CUBANOS, EN PLENO CURSO DE MAESTRÍA CON LA DRA GUYLAINE EN EL INSTITUTO SUPERIOR DE ARTE (ISA).



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2007.

FOTOGRAFÍA 8. EL MUSICOTERAPEUTA DIEGO SCHAPIRA EN IMPARTICIÓN DE CLASES, MAESTRÍA EN CUBA, ISA.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2008.

FOTOGRAFÍA 9. MUSICOTERAPEUTA JUANITA ESLAVA IMPARTIENDO CLASES EN LA MAESTRÍA DE MUSICOTERAPIA EN CUBA EN EL ISA.



Fuente: Archivo de la autora, 2008.

Fotografía 10. Musicoterapeuta Amparo, de Uruguay, en clases de musicoterapia y terapia corporal en el ISA.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2008.

Por Cuba contamos con la participación a su vez de afamados especialistas en psicología y en música, como la doctora Miviam Ruiz, entonces Decana de la Facultad de Música del Instituto Superior de Arte y también co-directora de la maestría (ver fotografía 11), el doctor Dionisio Ruiz Zaldívar, después Vice-Rector de la Universidad de la Habana y profesor titular de la Facultad de Psicología de la Habana, de la que en ese entonces era su Decano (ver fotografía 12), así como el especialista en neurología y neuropsicología, doctor Néstor Pérez Lache (ver fotografía 13), y otros doctores en música, cerebro y psicología. Esto fortaleció y consolidó científicamente al grupo, en teoría y praxis (Cf. Fernández, 2008b).

Fotografía 11. Doctora Mivian Ruiz, Decana de la Facultad de música del Instituto Superior de Arte, impartiendo Audioperceptiva 2, en la Maestría de musicoterapia.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2008.

FOTOGRAFÍA 12. DOCTOR Y DECANO DE PSICOLOGÍA, PROFESOR DIONISIO SALDIVAR, IMPARTIENDO PSICOLOGÍA Y ARTE EN LA MAESTRIA DE MUSICOTERAPIA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA.



Fuente: Archivo de la Autora, La Habana, 2008.

FOTOGRAFÍA 13. IMPARTICIÓN DE NEUROPSICOLOGÍA Y MÉTODO ESTESEOMÉTRICO, EN LA MAESTRÍA DE MUSICOTERAPIA, POR PARTE DEL DOCTOR EN NEUROLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA NÉSTOR MANUEL PEREZ LACHE, MIEMBRO FUNDADOR DEL GRUPO Y CREADOR DE DICHO MÉTODO.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2007.

FOTOGRAFÍA 14. IMPARTICIÓN DE AERÓFONOS EN LA MAESTRÍA DE MUSICOTERAPIA. MUSICÓLOGO JORGE FIALLO SALAZARTE, TAMBIÉN FUNDADOR DEL GRUPO.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2008.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Este primer acercamiento especializado se dedicó a un grupo de alumnos cubanos, priorizando a aquellos pertenecientes a la Asociación de Musicoterapeutas cubanos, que, por lo tanto, presentaran elementos previos en el uso de la música en función de la salud y sobre musicoterapia, con nivel mínimo de licenciatura en educación musical, psiquiatría, psicología, musicología y afines. El mismo contuvo las asignaturas de Musicoterapia I, II y III (en nuestro caso, la Musicoterapia III permitió profundizar en el abordaje Plurimodal de Musicoterapia, realizado partir del estudio de sus fundamentos teóricos y del análisis de sus ejes de acción), Musicalidad terapéutica I y II, Musicoterapia en Salud Mental, Musicoterapia en el Ambito Educativo, Musicoterapia y expresión corporal (con bases en el Modelo de Benenzon) y grupal, Musicoterapia, Discapacidad y Trastornos Neuropsicológicos, Audioperceptiva I y II, Técnica Vocal I y II, Taller de instrumentos Aerófonos y flauta dulce, Talleres de Instrumentos de percusión, Musicoterapia en Campos Emergentes, Metodología de la Investigación, Corrientes fundamentales del campo de la Psicoterapia, Psicología y Arte, Taller de Armónicos, Neuropsicología, Psicopatología y Diagnóstico Clínico, Psicología del Ciclo Vital I y II, Experiencias en Cuba (Musicoterapia en gerontes y Equinoterapia y musicoterapia), Taller de Tesis I y II. Culmina con la presentación y discusión de una tesis sobre musicoterapia en el campo de aplicación clínica y o teórica de su elección. Se exige un conocimiento previo en algún instrumento musical. Todas ellas toman como centro a la Musicoterapia en sus diversos campos de actuación, profundizando en los estrechos vínculos existentes entre esta especialización científica que tiene como pilares básicos la Música, la Psicología y el campo tanto educativo como, sobre todo, de la salud.

Es así que, a través del convenio entre las Facultades de Música y de Psicología del Instituto Superior de Arte y de la Universidad de la Habana, respectivamente, y gracias a la solidaria ayuda latinoamericana¹³, habría de ultimarse, a finales del año 2009, el primer plan de estudios de esta disciplina a nivel de Maestría en Centroamérica y el Caribe. Ello implicó la formación de especialistas, de los cuales se seleccionaron posteriormente, según

13 Quisiera añadir el apoyo que recibí por parte de El Colegio de la Frontera Norte, de Tijuana, Baja California, México.

los conocimientos y la excelencia requerida, el Primer Claustro de maestros y profesionales cubanos en este campo. Estos, que culminaron con sus tesis defendidas exitosamente, contaron además con un Taller de supervisión musicoterapéutica.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUSICOTERAPIA EN CUBA Y DE SU FORMACIÓN

Después (y a pesar) de este enorme logro, la Asociación aún lucha por su consolidación como disciplina independiente. Esta vez bajo la dirección de su Presidenta actual, la master en educación especial, clarinetista y musicoterapeuta Idida Rigual; de su coordinador en ética por el CLAM, el doctor y también musicoterapeuta Rigoberto Oliva, profesor del Departamento de Pedagogía y Psicología del ISA, y el enorme apoyo didáctico y logístico de la doctora Isis Betancourt, especialista de segundo grado en Medicina Interna, profesora auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y Directora del Centro de Estudios de Historia, Música y Medicina (HISTARTMED) de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad Julio Trigo, Departamento de Posgrado e Investigaciones. Y esto debido a no cejar ya que, como hemos referido con extrema congoja, a pesar de ese esfuerzo mancomunado y de las expectativas creadas, esta maestría no contó, posteriormente, con el apoyo esperado en el país, para ser replicada. Una vez terminada, hubo cambios de ambos decanos en las facultades bases de la misma, en lo que se incorporaron nuevos integrantes y directivas en el Ministerio de Educación, para los que resultaba muy compleja la asignación de una nueva licenciatura o maestría que además, para entonces, ninguna de las dos facultades se consideró en condiciones de asumir.

Para lograr de una vez que la musicoterapia sea reconocida en Cuba como una disciplina científica, tanto por el Ministerio de Educación superior como por otras instituciones académicas, se continúan movilizandolos recursos humanos en función de conformar los claustros docentes¹⁴, el comité académico y toda la infraestructura necesaria, además de concientizar que la asuma una de las facultades del país como su sede. Estas razones constituyeron el motor impulsor para diseñar, luego de la Maestría y retomando muchas

14 Para presentar una actualización de este curso, repasé y complementé todos los datos presentes, con información brindada por el Doctor Rigoberto Oliva (Comunicación personal, 2019-2020), con la Maestra Idida Rigual (Comunicación personal, 2020) y con la Doctora y Directora de HISTARMED, Isis Betancourt Torres (Comunicación personal, 2020).

de sus experiencias, así como la participación, entre otros, de los miembros graduados de la maestría, un nuevo curso, esta vez de Música y Salud (Oliva y Rigual, comunicación personal, 2019).

Se trata de sensibilizar en mayor grado a los especialistas de Cuba, acerca de la importancia de requerir en el país una adecuada formación, por las necesidades de su uso, de la musicoterapia —más allá del empleo indiscriminado y sin basamento de la música—, y de expandir sus exitosos resultados en áreas de la medicina, prevención y salud fundamentalmente. Es así que, retomando los conocimientos, profesores y asignaturas de la maestría, y ciñéndolo a la nueva situación y a las necesidades actuales del país, en el año 2012 se diseña y desarrolla un Posgrado nacional, denominado “Música y Salud”. El mismo —y esto es importante destacarlo—, aunque no constituye un curso de formación de musicoterapia, es un plausible esfuerzo por no desechar todo lo logrado anteriormente, e implementar acciones de salud con un uso adecuado de la música en Cuba. Este Programa está ahora acreditado por la Universidad Médica de la Habana y los integrantes son, en su mayoría, miembros de la Asociación cubana de musicoterapia, que terminaron exitosamente la maestría. Otro aspecto muy importante a destacar, es que todos forman parte del Centro de Estudios de Historia, Música y Medicina (HISTARTMED), dirigido por la Doctora Isis Betancourt, que pertenece de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Departamento de Posgrado e Investigaciones. Esto le otorga al Posgrado una fundamentación y posibilidades de futura consolidación a nivel de disciplina. Además, se conceden a los alumnos 95 créditos, lo cual resulta similar a un nivel de Maestría. El perfil del egresado se circunscribe a su capacitación para participar y colaborar (junto a un musicoterapeuta) en el diseño, diagnóstico y evaluación de procesos musicoterapéuticos, así como para utilizar de una forma fundamentada científicamente la música en la salud. Pero no a ejercer, sólo, la profesión de musicoterapeuta -- pues el curso no lo acredita como tal.

Sus tres módulos fundamentales¹⁵ son: Módulo 1. Introducción a la musicoterapia, Módulo 2. Música, Arte y Medicina, y Módulo 3. Habilidades y competencias musicales necesarias para el ejercicio músico-terapéutico (HISTARTMED, 2020). Rigoberto Oliva (Comunicación personal, 2020) me aclara que se han añadido otras asignaturas, como Apreciación musical 1 y 2, Taller de instrumentos de percusión e instrumentos armónicos, Taller de técnica vocal y el Uso adecuado de la voz, Psicología de la música, Tecnopatías de los músicos, Antropología de la música, e HISTARTMED: Retos y perspectivas.

Está acreditado como un curso de Posgrado que permite la introducción del tema [lo que resulta de gran interés en la actualidad, ya que constituye] un primer paso en la sensibilización a profesionales de la comunidad científica que “se resisten a aceptar” la validez científica de la Musicoterapia como disciplina autónoma en el campo de la salud. Asimismo [...], por la aceptación que ha tenido en sus cuatro ediciones, se consolida como [otro precursor de lo que continuamos tratando de establecer] en lo que respecta a la formación oficial de musicoterapeutas cubanos en Cuba dentro de una especialidad universitaria. (Oliva, Comunicación personal, 2020)

ÁMBITOS DONDE SE APLICAN ACCIONES AFINES A ESTE TEMA

En la actualidad, luego de cuatro ediciones (2013-2015-2017-2019), nuevas experiencias se han diseñado y se ponen en práctica. Los egresados implementan los conocimientos aprendidos y las habilidades desarrolladas durante el curso bajo la estrecha supervisión de los profesores del posgrado, que son los musicoterapeutas de la Asociación. Como ejemplos puede destacarse que:

En el ámbito de la salud mental, ha repercutido ante pacientes deprimidos, ansiosos y diagnosticados con discapacidad mental; en el educativo, a través del uso de la música para favorecer el diálogo y la enculturación de estudiantes extranjeros que llegan a Cuba a formarse como médicos u otras especialidades de la salud (esta experiencia en particular se aplica en la Universidad Médica de la provincia de Villa Clara y en la Facultad preparatoria para estudiantes extranjeros de la Universidad Médica de la Habana). En el ámbito de las artes, Oliva lleva a cabo desde el año 2012 una experiencia formativa con profesionales del campo artístico: maestros de música, danza, artes plásticas y visuales, teatrología y dramaturgia, al introducir en el mismo el tema del uso de la música en el proceso de

15 Que pueden consultarse en la página del Diplomado en :<https://instituciones.sld.cu/histartmed/diplomado-de-musica-y-salud/>

enseñanza-aprendizaje de las artes. Este curso de desarrolla en el marco de la Maestría en procesos formativos para la enseñanza de las artes, auspiciada por el Departamento de Pedagogía y Psicología de la Universidad de las Artes de la Habana. Los profesionales egresados de este curso tienen una mirada diferente en relación al uso de la música en sus contextos profesionales: “como medio para...y no como un fin” (Oliva, Comunicación personal, 2020)

Entre los espacios nacionales concientizadores de los que se ha valido, se encuentra el curso “Introducción a la musicoterapia”, como parte de la 1ra, 2da y 3ra edición de la Maestría en Procesos formativos de la Enseñanza de las Artes, auspiciada por la Universidad de las Artes de la Habana (2012- 2015- 2019). Aparte del importante claustro que lo integra, he participado ocasionalmente impartiendo algunos módulos, y también se ha contado con la colaboración del doctor Diego Schapira.

FOTOGRAFÍA 15. CLASES DE MUSICOTERAPIA, VIOLENCIA Y GÉNERO EN EL POSGRADO DE MÚSICA Y SALUD ORGANIZADO POR HISTARMED.



Fuente: Archivo de la autora, La Habana, 2012.

También la Maestra Idida María Rigual ha impartido otros cursos fuera de Cuba, como por ejemplo, acerca de su quehacer musicoterapéutico con niños autistas y en adultos de hogares de ancianos en Martinica (donde también desarrolló talleres docentes con personal de salud), y otros en Oaxaca, México (2016-2017). En España trabajó con

maestros de escuelas especiales. Ha participado en el Primer encuentro Cuba-Puerto Rico (2016) y, en Cuba, en el Curso Internacional “Musicoterapia y su influencia en la Educación especial”, auspiciado por HISTARMED, Universidad Médica de la Habana (2019) y en la *VIII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud* (2017). A su vez, es de resaltar que el Doctor Rigoberto Oliva Sánchez fungió como Evaluador de los trabajos a presentar en el próximo Congreso del CLAM a celebrarse en Bogotá, Colombia, en el año 2020. Ambos presentaron importantes aportes a la Comisión ética del CLAM, que por desgracia —me comentan—, no tuvo respuestas por parte del mismo. Y el profesor y percusionista Rafael Morán, activo integrante del grupo, acaba de regresar exitosamente de una gira docente, invitado por especialistas de España.

MUSICOTERAPIA EN CUBA EN LA ACTUALIDAD

Entre sus ramas de aplicación actual, los miembros del grupo más especializados se dedican a:

- Idida Maria Rigual González: La ha trabajado con niños y jóvenes con trastornos de espectro autista, síndrome de Down, parálisis cerebral y trastornos de la comunicación, atención temprana, intervenciones en psicoballet, arteterapia y en terapia asistida con caballos. Actualmente ha recesado en estas actividades, y se dedica a su doctorado en ciernes, así como a ser miembro de la planta docente del Diplomado Música y Salud.
- Rigoberto Oliva Sánchez: Trabajó arteterapia y musicoterapia en niños en el Taller Comunitario Los Chicos de la Alegría, extendiéndolo luego a la sala de Pediatría del Hospital Oncológico de La Habana. Posteriormente, con su programa de musicoterapia para el Adulto Mayor, su eje central de investigación fue la utilización de la música en el anciano con disminución marcada de la comunicación e interrelación social, primero en el Municipio Lisa y luego en el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla. Actualmente, Rigoberto también ha recesado en estas actividades y se dedica ser miembro de la planta docente del Diplomado Música y Salud.

- Lester Hernández Santana: La ha trabajado en adultos con ansiedad y padecimientos neurológicos, en Hospitales de día.
- Alicia Rodríguez Frómeta: Trabajaba el uso del APM con equinoterapia y logopedia como parte del equipo de trabajo de Idida Rigual. Actualmente, aplica el APM en intervención logopédica en niños con Trastorno de Espectro autista y necesidades educativas especiales.
- Annia Díaz: Imparte terapia grupal en personas con síndrome de Down, donde integra técnicas del APM.
- Geslsys Quinzán Florez: Ha trabajado con gerontes en Hogares de ancianos.
- Yo (Teresa Fernández), luego de las otras investigaciones y aplicaciones clínicas, me dediqué a la aplicación del APM en mujeres violentadas y a su análisis y comparación entre varios países (Fernández, 2006; Fernández, 2010a; Fernández, 2010b; Fernández 2011a; Fernández 2011b; Fernández, 2012; Fernández, 2013; Fernández, 2015; Fernández, 2016a; Fernández, 2016b; Fernández, 2016c; Fernández, 2018). Actualmente, desarrollo talleres educativos y preventivos de musicoterapia y arteterapia contra la violencia de género en México, y participo como docente invitada a algunos módulos del posgrado en Cuba.
- Rafael Morán: Funge como coterapeuta y maestro en la formación del Diplomado y en otros talleres especializados de percusión aplicada a la musicoterapia.
- Alfredo Hidalgo-Gato: Se aboca a los aspectos teóricos de la música y la musicoterapia, así como del sonido y la psicoacústica, entre otros. También participa como invitado en talleres, docente de asignaturas como la de psicoacústica.
- Jorge Fiallo: Se centra principalmente en la teoría de los instrumentos de viento y la creación de flautas autóctonas para niños con deficiencias respiratorias, participando también en la impartición de talleres.

O sea que, como comenta la musicoterapeuta Rigual, “actualmente, la línea de trabajo de musicoterapia en Cuba es más de tipo formativa y de concietización, que práctica” (Rigual, Comunicación personal, 2020)

A MODO DE CONCLUSIÓN

Esperamos que todos estos esfuerzos antes nombrados, así como el tesón con el que la Asociación ha continuado su quehacer, culmine con la aceptación de esta disciplina en Cuba en el campo universitario, como ya ha sucedido exitosamente en varios países hermanos como Brasil, Argentina, Chile, Venezuela, Perú, Colombia, y Uruguay. Este ardor que, desde sus inicios, mostró el grupo cubano por realizar investigaciones y publicaciones arbitradas, es expuesto a través de todo el artículo y explicitado en la bibliografía, con vistas a que pueda ser consultado por toda persona interesada.

REFERENCIAS

DE GORDON Y ACOSTA, A. **Indicaciones terapéuticas de la música**. La Habana: Establecimiento Tipográfico Teniente Rey 23, 1898.

DE GORDON Y ACOSTA, A. **Medicina indígena de Cuba y su valor histórico**. La Habana: Imprenta Sarachaga y H. Miyares, 1894.

DE GORDON Y ACOSTA, A. **Consideraciones sobre la voz humana**. La Habana: Imprenta Militar, 1889.

DE GORDON Y ACOSTA, A. **El primer ruido fisiológico del corazón**. La Habana: Imprenta Miguel Alorda, 1882.

DELGADO GARCÍA, G. Dr. Antonio de Gordon y Acosta, profesor de conocimientos enciclopédicos. **Educación Médica Superior**, La Habana, v. 15, n. 1, p. 56-63, 2001. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000100006&lng=es&tlng=es>. Consultado el: 6 de enero de 2020.

FERNÁNDEZ, T. Turning my Wounds into Thunder: Abused Women Rebuild their Identity through Sound. En: INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR MUSIC AND MEDICINE (Ed.). **5th International Conference of the International Association for Music and Medicine. Final Program and Abstract Book**. Barcelona: International Association for Music and Medicine, 2018. p. 33-34.

FERNÁNDEZ, T. Haciendo un trueno de mi herida: Mujeres violentadas, identidad cultural y de género, y musicoterapia. En: CONSEJO NACIONAL PARA LA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA (Ed.). **XLII Congreso Nacional 2015 “Psicología transcultural: Perspectivas para su enseñanza, ejercicio e investigación”**. Tijuana, México: Cety's Universidad/ CNEIP, 2016a. p. 89-93.

FERNÁNDEZ, T. El poder terapéutico detrás del arte: Aplicación de la musicoterapia junto con otras técnicas artísticas. En: UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA (Ed.). **Anais do VI Congresso Latino Americano de Musicoterapia**. Florianópolis, Brasil: União Brasileira das Associações de Musicoterapia, 2016b. p. 51-53.

FERNÁNDEZ, T. Music Therapy for Women Survivors of Intimate partner violence: An Intercultural Experience from a Feminist Perspective. **The Arts in Psychotherapy**, Reino Unido, n. 48, p. 19-27, 2016c.

FERNÁNDEZ, T. Estudio de la ansiedad antes y después de la aplicación de musicoterapia en mujeres violentadas de Cuba y México. Comparación y perspectivas culturales. **Integración Académica en Psicología**, Ciudad de México, v. 3, n. 8, p. 64-75, 2015.

FERNÁNDEZ, T. La musicoterapia al rescate de la identidad de género en mujeres violentadas por su cónyuge. En: OLMOS AGUILERA, M. (comp.), **Fronteras culturales, alteridad y violencia**. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte, 2013. p. 317-353.

FERNÁNDEZ, T. **El poder terapéutico detrás del arte**: experiencias con técnicas de arteterapia y musicoterapia en poblaciones que padecen violencia doméstica. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española, 2012.

FERNÁNDEZ, T. Musicoterapia, cultura y género. En: CORRALES, R. (coord.), **Congreso Internacional Hóminis**. La Habana: Facultad de Psicología-Universidad de La Habana, 2011a.

FERNÁNDEZ, T. Musicoterapia en Cuba: Aplicación de un programa piloto con mujeres víctimas de violencia doméstica. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, Ciudad de México, v. 16, n. 1, p. 183-205, 2011b.

FERNÁNDEZ, T. **Experiencias con la aplicación del abordaje plurimodal en mujeres con violencia doméstica en Cuba**. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano Musicoterapia. Bogotá, Colombia, 2010a.

FERNÁNDEZ, T. Musicoterapia y género: Una nueva visión en el trabajo de reconstrucción de la identidad en mujeres que padecen violencia doméstica y ante determinadas situaciones de salud. En: PADILLA, M. (coord.), **Líneas de investigación científica de los miembros del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología**. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara, 2010b. s. p.

FERNÁNDEZ, T. Educación, música y lateralidad: Algunos estudios psicológicos y tratamientos realizados. **Revista Psicología y Salud**, Xalapa, México, v. 13, n. 1, p. 107-126, 2008a.

FERNÁNDEZ, T. Musicoterapia en Cuba. **Boletín de Música**, La Habana, n. 23, p. 59-62, 2008b.

FERNÁNDEZ, T. "Hacia un nuevo camino": programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, Ciudad de México, v. 11, n. 1, p. 65-79, 2006.

FERNÁNDEZ, T. Music Therapy in Cuba: A Brief Journey to the Immediate Future. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, 2003. Disponible en: <<https://voices.no/community/?q=country-of-the-month/2003-music-therapy-cuba-brief-journey-immediate-future>>. Consultado el: 20 de enero de 2020.

FERNÁNDEZ, T. **Donde termina la palabra: la música como terapia.** México: Plaza y Valdés, 2001.

FERNÁNDEZ, T. La musicoterapia: Un tratamiento alternativo de comprobada eficacia. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, Ciudad de México, v. 1, n. 4, p. 153-172, 1999.

FERNÁNDEZ, T. Musicoterapia y lateralidad: Un estudio teórico. **Música, Arte y Proceso**, Vitoria-Gasteiz, España, n. 1, p. 33-48, 1996a.

FERNÁNDEZ, T. La música como terapia y su aplicación en Cuba. **Ciencia y Desarrollo**, Ciudad de México, v. XXII, n. 130, p. 40-42, 1996b.

FERNÁNDEZ, T. Music Therapy in Cuba. **Music Therapy International Report of the American Association for Music Therapy**, Silver Spring, Estados Unidos, n. 9, p. 51-52, 1994.

FERNÁNDEZ, T., ADRIÁN, J. y VIRUÉS, T. Efectos de la música ansiogénica y ansiolítica sobre la actividad eléctrica cerebral de alfa en sujetos con ansiedad patológica. **Estudios de Psicología**, Madrid, n. 53, p. 25-46, 1995.

FERNÁNDEZ, T., ALVAREZ, M. y CORDEIRO, M. Experimental Applications of Active Music-therapeutical Techniques in a Sample of Behaviorally-disordered Children. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed.), **Physiopathology of Nervous System Proceedings of the second conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s. p.

FERNÁNDEZ, T. y ALVISA, R. What is Your Opinion About Music? Musical Activity Perception in a Population Sample. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed.), **Physiopathology of Nervous System Proceedings of the Second Conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s. p.

FERNÁNDEZ, T., CÁDIZ M. y FAJARDO, R. Lateralidad manual y música relajante. **Revista Psicología y Salud**, Xalapa, México, v.1, n. 10, p. 115-124, 2000.

FERNÁNDEZ, T., CÁDIZ, M. y PÉREZ-LACHE, N. Esteseometría y música prointelectiva. **Música, Arte y Proceso**, Vitoria-Gasteiz, España, n. 5, p. 27-42, 1998.

FERNÁNDEZ, T. CÁDIZ, M. y PÉREZ-LACHE, N. The effect of music listenig on brain functioning during a psicologycal test. En: WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPHY (Ed.), **The 8th Congress of Music Therapy. 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy. Invitation Program**. Hamburgo, República Federal Alemana, 1996. p. 63.

FERNÁNDEZ, T., FIALLO, J., RIGUAL, I. y OLIVA, R. Musicoterapia y salud mental: algunos aportes del Grupo de musicoterapeutas cubanos. En: FEDERACIÓN MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA (Ed.), **Memorias del XII Congreso Mundial de Musicoterapia**. Buenos Aires: Akadia Editorial, 2008. p. 21-22.

FERNÁNDEZ, T. FUERTES, N. y CÁDIZ, M. Psychophysiological Experiences of the Sedative Effect of Musical Fragments. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed.), **Physiopathology of Nervous System Proceedings of the Second Conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s.p.

FERNÁNDEZ, T., HIDALGO-GATO, A. FIALLO, J. y ALVISA, R. **La musicoterapia como moduladora de la actividad cerebral**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1989.

FERNÁNDEZ, T. y OLIVA, R. La musicoterapia como modalidad gerocultural de tratamiento en ancianos deprimidos del Municipio Regla. **Revista Cubana de Psicología**, La Habana, s. n., p. 1-26, 2008.

FERNÁNDEZ, T. y OLIVA, R. La musicoterapia en los gerontes: Una alternativa de salud. **Revista Psicología y Salud**, Xalapa, México, v. 13, n. 1, p. 135-143, 2003.

FERNÁNDEZ, T., OLIVA, R. y RIGUAL, I. Update of music therapy in Cuba. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, 2007. Disponible en: <http://www.voices.no/country/monthcuba_october_2007.html>. Consultado el: 20 de enero de 2020.

FERNÁNDEZ, T. y PRESMANES, L. Psychoballet and Musictherapy. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed). **Physiophatology of Nervous System Proceedings of the Second Conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s. p.

FERNÁNDEZ, T. y VERDES, M. Application of a Music-therapy Program in Chronic Fail Uriepatients under Going Hemodialysis Treatment. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed). **Physiophatology of Nervous System Proceedings of the Second Conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s. p.

FERNÁNDEZ, T., VIRUES, T., FIGUEREDO, P., HERNÁNDEZ, N. y CARRION, L. Spectral Study of the Cerebral–electrical Activity in Normal Subjects in Front of Axiogenic and Anxiolitic Auditions. En: ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA (Ed). **Physiophatology of Nervous System Proceedings of the Second Conference**. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1992. s. p.

HIDALGO-GATO, A. Música y salud en Cuba. **Clave**, La Habana, v. 10, n. 3, s. p., 2008.

HISTARMED. Diplomado de Música y Salud. **Centro de Estudios Integradores HISTARTMED**, 2020. Disponible en: <<https://instituciones.sld.cu/histartmed/diplomado-de-musica-y-salud>>. Consultado el: 20 de enero de 2020.

MENDOZA, C. Editorial. **Boletín del Comité latinoamericano de Musicoterapia**, Buenos Aires, v. 1, n. 1, s.p., 1999.

NATHALYA AVELINO. **Como surgió la Musicoterapia?** [Video de YouTube]. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=ln5UCOqSmV8>>. Consultado el: 20 de enero de 2020.

OLIVA, R. y FERNÁNDEZ, T. Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. **Revista Psicología y Salud**, Xalapa, México., v. 1, n. 1, p. 93-101, 2006.

RIGUAL, I. **Habilidades del partenaire masculino en psicoballet. Memorias del Simposio Internacional de la danza**. Madrid: Fondo internacional para la investigación de artes escénicas terapéuticas, 2017.

RIGUAL, I. **Diez años de experiencia en el empleo de la equinoterapia: Proyecto Finca La Loma**. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional de Autismo, La Habana, 2013.

RIGUAL, I. **Más allá de lo imposible. El arte digital y la música**. Ponencia presentada en el Congreso cubano de FILOARTMED, La Habana, 2012a.

RIGUAL, I. **Musicoterapia en el autismo**. Congreso cubano de FILOARTMED, La Habana, 2012b.

RIGUAL, I. Musicoterapia y Equinoterapia en autismo. **Libro de Memorias del I Congreso Latinoamericano de Musicoterapia**, Brasil, 2008.

RIGUAL, I. Música y caballo: unidad afectivo-cognitiva. **Revista Asociación Nacional de Equinoterapia**, n. 13, s. p., 2006.

RIGUAL, I. **Música y sonido: lenguajes de estimulación para la integración**, s.f. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/musicoterapia_y_equinoterapia.pdf. Consultado el: 20 de enero de 2020.

VERDES, M. y FERNÁNDEZ, T. Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. **Revista Cubana de Psicología**, La Habana, v. 11, n. 1, p. 89-96, 1994.

Recibido: 12/11
Acepto: 02/04

UMA MUSICOTERAPIA LATINOAMERICANA? POLIFONIA E POLITOMIA NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E DISCIPLINAR DA AMÉRICA LATINA

Juanita Eslava Mejía¹

RESUMO: O objetivo deste artigo é apresentar algumas das características do desenvolvimento da musicoterapia na América Latina (que a autora identifica como relevantes a partir de sua experiência profissional) e refletir sobre as relações dinâmicas entre os diversos atores que contribuíram para o desenvolvimento profissional. atual na região.

Palavras-Chave: CLAM, Desenvolvimento, América Latina, Musicoterapia

¹ MMT, Mestre em Musicoterapia, Temple University (EUA), Musicoterapeuta e Instituto Colombiano de Neurociências

UNA MUSICOTERAPIA LATINOAMERICANA? POLIFONÍA Y POLIRITMIA EN EL DESARROLLO DISCIPLINAR Y PROFESIONAL DE LATINOAMÉRICA

Juanita Eslava Mejía²

RESUMEN: El presente artículo tiene como objetivo presentar algunas de las características del desarrollo de la Musicoterapia en Latinoamérica (que la autora identifica como relevantes desde su experiencia profesional), y reflexionar sobre las relaciones dinámicas entre los diversos actores, que han contribuido al desarrollo profesional actual en la región.

Palabras Claves: CLAM, Desarrollo, Latinoamérica, Musicoterapia

² MMT, Master en Musicoterapia, Temple University (USA), Musicoterapeuta y Instituto Colombiano de Neurociencias

COMITÉ LATINOAMERICANO DE MUSICOTERAPIA: CLAM. ESPACIO DE DIÁLOGO Y APOYO MUTUO.

El 22 de julio de 1993 durante el Congreso Mundial de Musicoterapia realizado en Vitoria (España), musicoterapeutas de siete países Latinoamericanos se reunieron y crearon el Comité Latinoamericano de Musicoterapia. Cecilia Fernandez Conde de Brasil, fue elegida como presidente.

El propósito del comité se enuncia oficialmente por primera vez, durante la reunión que se llevó a cabo en el marco del Encuentro Latino de Musicoterapia, realizado en Septiembre de 1994. En el acta registrada de la reunión se expresa lo siguiente (Original en portugués. traducción libre de la autora.):

Rio de Janeiro (27-30 Septiembre de 1994): "...el comité tiene por finalidad congrega a los musicoterapeutas de países de América Latina, divulgar y apoyar el trabajo de los musicoterapeutas latinoamericanos, y fomentar nuevos cursos de formación en musicoterapia" (Libro de actas, CLAM).

Dada esta declaración de propósitos, el CLAM es un lugar de encuentro. Un espacio no definido en tiempo y lugar, para compartir entre colegas los desarrollos que suceden en cada país, y para promover un mayor desarrollo profesional en los países. Resalta en esta declaración de propósitos, el hecho de que el CLAM no se crea como un ente que busca homogeneidad, sino como un estamento de apoyo y congregación al servicio de los musicoterapeutas de la región.

Es fundamental comprender que para el momento de la creación del CLAM el uso del correo electrónico era apenas incipiente, y no existían las redes sociales que hoy nos permiten fácilmente divulgar eventos y programas de formación. De hecho en los primeros años de conformación del CLAM, se manejaba la correspondencia vía carta.

Sin lugar a dudas, la estrategia con mayor poder de convocatoria que ha desarrollado el CLAM desde su creación, es la realización del Congreso Latinoamericano de Musicoterapia que se realiza cada 3 años en un país de la región. Oficialmente el primer congreso de CLAM, se realizó en Buenos Aires en el año 2002. Si bien dicho evento era el Tercer Encuentro Latinoamericano de Musicoterapia, fue en este año que se adoptó por primera vez el título de Congreso Latinoamericano de Musicoterapia.

El congreso se convirtió de muchas formas, en ese lugar de encuentro de la declaración de propósitos. Cabe entonces preguntarse si ese espacio definido, que ya lleva un recorrido importante, nos ha llevado a construir “UNA” Musicoterapia Latinoamericana. De ser así, ¿qué características tendría? Aunque parezca ilógico, para llegar a la primera respuesta, presentaré primero mis consideraciones sobre las segunda pregunta.

QUÉ NOS INTERESA PRESENTAR A LOS MUSICOTERAPEUTAS LATINOAMERICANOS?

Como parte de la construcción de este artículo, y pensando en la Musicoterapia latinoamericana, realicé una caracterización de los trabajos presentados en el último congreso CLAM.

TABLA 1. Basado en UBAM (2016)

CATEGORÍA	TRABAJOS
Estudio de caso (ind-grupal)	15
Estudio aleatorio controlado	2
Presentación experiencias/abordajes	24
Reflexión práctica/investigación MT	15
Reflexión sobre formación MT	6
Desarrollo/Validación instrumentos, protocolos o tecnología	4
Otro diseño cuantitativo	1
Investigación Bibliográfica/ Revisión sistemática	10
Cualitativo (naturalista/fenomenológico/etnográfico/IAP/exploratorio)	12
Cuanti/cualitativo	5
Investigación histórica	3

Esta información nos permite conocer un poco mejor, lo que como profesionales queremos dar a conocer a nuestros colegas sobre nuestro trabajo.

Qué nos dice esto sobre esa musicoterapia latinoamericana?

Lo primero es resaltar la importancia que le da el musicoterapeuta latinoamericano a compartir vivencias. Experiencias. En general en las presentaciones, hay un cuidado especial en resaltar lo individual, la relación como algo único que se genera, y que es difícil

duplicar entre otras personas y en otro contexto. En ese sentido, surge algo que para mí define de muchas formas la musicoterapia Latinoamericana. Y es que es una musicoterapia centrada en las personas y las comunidades. Que entiende las dinámicas como únicas e irrepetibles.

No deja de lado por supuesto, otras instancias. No niega otras formas de ver o trabajar como musicoterapeuta. Pero reconoce una belleza indiscutible en los procesos personales.

También es interesante que es una musicoterapia reflexiva. En donde, volver a retomar y discutir elementos teóricos, no sólo es aceptable sino deseable. Se reconoce este ejercicio, como parte natural del oficio.

Cuando se atiende un Congreso Latinoamericano de Musicoterapia, no se encontrarán entonces muchos estudios cuantitativos o que incluyan grupos grandes. Se encontrará un universo amplio y diverso de intereses, métodos de investigación, y miradas musicoterapéuticas. Un lugar donde en dos idiomas, se puede apreciar un desarrollo musicoterapéutico muy particular.

POLIFONÍA Y POLIRITMIA

Desde mi experiencia, las características que para mí más se asemejan a la Musicoterapia Latinoamericana, son la polifonía y la poliritmia.

Polifonía. Proviene de los vocablos griegos “polis,” muchos y de “phonos,” sonidos o melodías. Es una textura que consiste en dos o más voces melódicas independientes, en oposición a la música con tan sólo una voz (monotonía) o a la música con una voz melódica dominante acompañada por acordes, que son en gran medida independientes o imitativas entre sí, de importancia similar y ritmos diversos (ECURED, 2019). En la polifonía resalta el hecho de que las melodías son interdependientes, simultáneas, sin una jerarquía clara, ya que todas juegan un papel relevante para la creación musical.

Poliritmia: Superposición de diferentes ritmos y métricas (SADIE, 1994. Pp. 733). Por su pertinencia para el tema, vale la pena resaltar que la poliritmia es una característica común en las músicas con raíces africanas (PAULI Y PAIVA, 2015), por lo que la encontramos en ritmos propios de Brasil, Cuba, Colombia, Ecuador, Perú.

Cada país de nuestra región ha venido presentando un desarrollo disciplinar y profesional, acorde a contextos y realidades propias y únicas. Diversos elementos entran en juego, para determinar las formas como se lleva a cabo dicho desarrollo. Algunos son: la formación en musicoterapia (niveles, calidad, cobertura, orientaciones), políticas públicas en salud, educación y cultura, áreas de inserción laboral de los musicoterapeutas, número de profesionales practicantes. Las formas y tiempos han sido tan característicos de cada país, que resulta complejo entenderlos desde una lógica no diversa.

Barcellos (2016), en su ponencia sobre Brasil en el Panorama de la Musicoterapia en Latinoamérica, realizada en el marco del último congreso Latinoamericano de Musicoterapia, propone una clasificación de los países de la región en bloques. A cada bloque le asigna un nombre, acorde a características comunes entre los países del bloque.

Así pues, Argentina y Brasil conforman el bloque de los ancianos. Colombia, Chile, Uruguay y Venezuela son los países del bloque Fénix. Ecuador, Bolivia y Costa Rica son los países en desarrollo. Cuba es un país solitario por su condición insular y Perú el país latente ya que a pesar de su silencio en el contexto de CLAM, seguramente los musicoterapeutas en ese país han continuado sus labores aportando en la sociedad.

Brasil y Argentina, se denominan el bloque de los ancianos, ya que cronológicamente han llevado la delantera en la creación de programas de formación, y la inserción en la política pública como parte de los programas de salud del Estado. También han sido los primeros países de la región en crear publicaciones específicas del campo musicoterapéutico y fueron los países donde primero se convocaron los Encuentros de Musicoterapia Latinoamericana. De alguna manera, los primeros lugares en los que por la consolidación disciplinar, fue posible abrir el espacio de diálogo entre los países de nuestra región. Así de alguna manera, marcaron la pauta del rumbo a seguir

Argentina creó su primer programa de formación en Musicoterapia a finales de la década de los 60's, y Brasil a principios de la década de los 70's. Ambos países cuentan con programas que se han mantenido en el tiempo, con acreditación universitaria, y reconocidos por sus respectivas asociaciones. Las organizaciones profesionales en dichos países, están consolidadas y han llevado una vocería fuerte en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de inserción laboral y cultural de la musicoterapia. De

los países de la región, son los dos países que cuentan con el Registro de Ocupaciones, tienen una ley que regula la profesión, y los servicios de musicoterapia (bajo algunas condiciones) pueden ser cubiertos con dineros públicos. Esto, sin duda los pone en ventaja frente a musicoterapeutas de otros países de la región que aún no contamos con estos elementos básicos. Adicionalmente, ambos países cuentan con publicaciones específicas en Musicoterapia (Revista Brasileira de Musicoterapia y Revista ECOS), ambas realizadas desde las organizaciones profesionales (UBAM y ASAM respectivamente), con un enfoque incluyente (acceso abierto, posibilidad de publicación en varios idiomas), y unas normas de publicación que reconocen la heterogeneidad propia de los intereses de publicación en la región.

Pensando en la conformación de UNA musicoterapia Latinoamericana, Brasil y Argentina como países de un mismo bloque, con logros similares en términos de formación, publicaciones, organización profesional, y regulación, llevarían entonces una misma melodía? En mi criterio, diría que no.

Para empezar, desde la perspectiva de la formación, Brasil cuenta no sólo con programas de pregrado (licenciatura), sino que también tiene programas de posgrado. Esto, que puede suponer una ventaja en términos de amplitud y profundidad en la formación, trae consigo discusiones disciplinares importantes (qué se enseña en cuál nivel de formación, cómo se diferencian las formaciones, cuál es la competencia del musicoterapeuta formado en diferentes niveles?). Todas estas conversaciones, alrededor de controversias, llevan a desarrollos profesionales particulares para el país. Argentina por otra parte, a nivel universitario cuenta sólo con programas de licenciatura (y un programa de formación intermedio), por lo que las discusiones disciplinares al respecto, se dan para un universo más homogéneo, lo que genera una base de conformación profesional diferente.

Como segundo punto, tendríamos el hecho de que la forma de inserción en los servicios de salud es un poco diferente. Esto es natural, porque los sistemas de atención también difieren. En términos generales, esto genera oportunidades laborales en uno u otro país que no necesariamente son equivalentes. De nuevo melodías y ritmos diversos.

El tercer punto tiene que ver con el idioma, y todo lo que el idioma trae culturalmente. La musicoterapia en Brasil se escribe, se lee y se vive en Portugués. En Argentina, en Español. Podría uno pensar que es cuestión de traducción. Pero no. Vivir en una cultura ligada a un idioma, genera que los referentes de base sean unos u otros, que los términos sean diferentes (incluso algunos imposibles de traducir en una sólo palabra). Como escribió Barcellos (2001): *las expresiones culturales siguen a las expresiones del lenguaje. Raíces culturales diferentes generan ritmos y estilos musicales distintivos* (traducción libre de la autora del inglés al español).

El último punto por supuesto, es la música. Que claro, decimos siempre coloquialmente que la música es el lenguaje universal. Sin embargo desde la musicología y la psicología de la música, dicha afirmación ha sido debatida. Y podríamos basados en las ideas de Letts (1996), hablar más bien de la música como fenómeno universal. Trehub, Becker y Morley (2015), anotan también en este sentido, que si bien hay elementos universales en la música (musicalidad, presencia de unidades/frases, naturalidad entre otros), la estructura, rol e interpretación cultural de la música, es propio de cada sistema musical enmarcado en una cultura. Así entonces, hay elementos particulares propios de la música de uno y otro país, que llevan a usos muy propios de dispositivos musicoterapéuticos en ambos lugares. Barcellos (2001) menciona el uso de música ligada a prácticas religiosas de origen africano en Brasil. Pellizari (2005), el cacerolazo como experiencia musical social colectiva particular a Argentina en ese momento. El uso de algunos instrumentos, formas de interacción en contextos comunitarios y clínicos, y otros elementos están íntimamente ligados a la música propia. Se pueden compartir, pero no intercambiar. Este principio de universalidad de la música como fenómeno, pero no necesariamente como lenguaje, aplicará por supuesto no sólo a estos países sino a todos los de la región.

Así pues, Argentina y Brasil como países Ancianos, se convertirían en las primeras melodías en la construcción polifónica latinoamericana. con estos dos países tendríamos las primeras melodías en la construcción polifónica latinoamericana.

En la construcción de nuestra partitura regional, tendríamos en Argentina y Brasil las voces de los Mayores 1 A (Argentina) y 1 B (Brasil). Por su desarrollo cronológico, estos países comenzaron a marcar el primer patrón rítmico para el desarrollo musicoterapéutico en los otros países.

Continuando con los bloques propuestos por Barcellos (2016), tendríamos a los cuatro países del bloque Fénix: Colombia, Chile, Uruguay y Venezuela. Aunque también comienzan el desarrollo de la musicoterapia en las décadas de los 60's y 70's, a través de profesionales que se destacaron en el campo, no fue sino hasta recientemente que la creación y consolidación de sus programas de formación han generado un mayor movimiento. Una especie de renacer. De ahí el término Fénix. Y aquí encontramos una diferencia entonces cronológica que asimilaremos aquí como una diferencia en ritmos con los países del bloque de los ancianos.

Colombia, Chile y Venezuela, comparten la característica de tener todos programas de formación a nivel posgrado. Uruguay ofrece la formación a nivel pregrado (licenciatura). De los tres con posgrado, Chile fue el primero en crear el programa en 1999 (Bauer, 2011). Este programa es un postítulo enmarcado en la Facultad de Artes de la Universidad de Chile. En Colombia, el programa en la Universidad Nacional de Colombia comienza como una especialización en el 2005, y se convierte rápidamente en una maestría nivel de formación con el que continúa hoy en día. Finalmente, Venezuela comienza a ofrecer el posgrado en el año 2010 en la Universidad de los Andes con sede en Mérida.

Cuando la formación en musicoterapia se ofrece a nivel posgrado, cuenta con la característica de que los egresados tienen ya un saber profesional afincado en otra profesión, lo que genera una serie de reflexiones disciplinares diferentes a las que proceden en un nivel de formación en pregrado (licenciatura). Esto también genera que los trabajos de investigación que se realizan, tengan un marco adicional al musicoterapéutico. No quiere esto decir que no sean trabajos de musicoterapia. Sino que vienen acompañados de reflexiones que el estudiante ha ido construyendo en sus años de práctica profesional y estudios previos a su ingreso al campo de la musicoterapia. Esto sería entonces una característica diferenciadora en el desarrollo de la musicoterapia para Colombia, Chile y Venezuela.

En términos organizativos, actualmente Venezuela no cuenta con una organización profesional que agrupe a los egresados del programa, y que permita avanzar en asuntos legislativos y de inserción laboral. Chile, Colombia y Uruguay, sí cuentan actualmente con asociaciones. La más joven de estas, es la Asociación Uruguaya de Musicoterapia, que según consta en el acta de reuniones de CLAM del año 2016, fue constituida en dicho año.

En términos de inserción en la política pública, de los cuatro países del bloque Fénix, Chile lleva la delantera actualmente con el reconocimiento de musicoterapia como medicina complementaria (fuente: Página web Asociación Chilena de Musicoterapia ACHIM: <https://achim.cl/comision-de-acreditacion/>). En Colombia, aún no existe dicho reconocimiento ni consecución de la aparición en el registro nacional de ocupaciones. Sin embargo, en las discusiones sobre exclusiones de la política pública en salud realizadas recientemente, se logró que Musicoterapia no fuese excluida de los servicios para Autismo (había sido listada en las exclusiones por falta de evidencia). Pero aún falta avanzar en el reconocimiento del musicoterapeuta, para lograr oficializar un perfil del profesional, evitar intrusiones, y generar mayores oportunidades laborales.

No se encontró información pertinente al tema de regulación e inserción en política pública para Uruguay y Venezuela, por lo que se asume que apenas comenzarían a trasegar los caminos del reconocimiento y regulación profesional.

De los países de este bloque, Chile y Colombia ya fueron sedes del Congreso de CLAM. Y de hecho la conformación de las Asociaciones en ambos países tuvo un lazo histórico con la realización de este evento.

Continuando con la construcción de nuestra partitura regional tendríamos entonces adicional a Mayores 1 A (Argentina) y Mayores 1B, los países del bloque fénix. El aporte de estos países a la polifonía, estaría marcado por los niveles de formación que ofrecen, la existencia de asociaciones constituidas y activas, y el reconocimiento profesional. Las nuevas partes serían entonces: Fénix 1 (Chile: posgrado + asociación+ reconocimiento profesional), Fénix 2 (Colombia: posgrado + asociación + no exclusión de servicio de salud público), Fénix 3 (Uruguay: licenciatura + asociación) y Fénix 4 (posgrado).

El último bloque señalado por Barcellos (2016), es el de los países en Desarrollo: Ecuador, Bolivia y Costa Rica.

Estos países, cuentan ya con profesionales formados como musicoterapeutas en otros lugares (la mayoría formados en Latinoamérica). Sin embargo, aún no cuentan con programas de formación a nivel universitario. Esto por supuesto trae una serie de retos para el desarrollo profesional. Sin embargo, no genera una pausa en el desarrollo profesional.

Es interesante por ejemplo, revisar el caso de Bolivia. Bolivia solicita oficialmente su ingreso al CLAM durante el congreso en Bogotá- 2010 (fuente: Actas de reunión CLAM Bogotá). En esa ocasión, un grupo de personas apasionadas por la disciplina solicitaron el ingreso del país al comité para participar como delegación, así como también la sede para realizar el siguiente congreso en su país. Dado el propósito de CLAM de ser un promotor de la Musicoterapia en los países, por unanimidad se escogió en dicha ocasión a Bolivia como sede del Congreso CLAM 2013. Para la realización del congreso, se organizó la Asociación, y dicha organización continúa funcionando, y siendo activa delegación del CLAM.

Costa Rica ha solicitado ingreso formal al CLAM en el congreso de Brasil, y se les hizo la solicitud de oficializar su asociación para participar como delegación.

Los países del bloque en Desarrollo, sumarían entonces otras tres voces a la partitura. Desarrollo 1 (Bolivia: con asociación no programas de formación universitaria), Desarrollo 2 (Costa Rica: solicitud de adherencia al CLAM y no programas de formación universitaria) y en desarrollo 3 (Ecuador: no asociación actual, no programas de formación universitaria).

Cuba, considerado por Barcellos (2016) como uno de los países isla, pero *con fronteras con todos los países*, resulta también un caso interesante. Este país ha tenido cursos de formación a nivel de posgrado, que no se han mantenido constantes en el tiempo, pero que han tenido el impacto suficiente para generar una dinámica de interés asociativo. Cuba de hecho ha participado como delegación muy activa en CLAM desde sus inicios, gracias a la participación constante de la Dra. Teresa Fernández De Juan. Pero la constitución de la instancia asociativa, garantiza por supuesto la continuación de dicha participación activa en el tiempo. Este país con características únicas, nos añade a Isla 1 (Cuba: asociación + voz constante).

Los países que han estado más ausentes del CLAM han sido Paraguay (del que pocas noticias realmente tenemos de desarrollo musicoterapéutico), Perú (que ha participado de forma intermitente en las reuniones de CLAM, y que cuenta en efecto con musicoterapeutas formados), y México (con una participación no consistente, y largos períodos de ausencia de los eventos del CLAM). Aquí tendríamos unas voces con muchos compases en silencio (Perú y México), y otra voz que aún no ingresa a la partitura (Paraguay).

NUESTRA LÍNEA DE TIEMPO, PARTES Y TEXTURA

Acorde a la propuesta de bloques tratada en la sección anterior, y elaborando un poco más en el tema de la textura en la creación colectiva del CLAM, se propone una línea de tiempo en la que se busca ilustrar el desarrollo de la Musicoterapia en los respectivos países con eventos relevantes que se encuentran en la historia que se cuenta en las páginas web de sus asociaciones, en el artículo sobre Musicoterapia en Suramérica (BARCELLOS, 2001), y en las actas del CLAM.

Recordamos entonces los bloques:

Mayores o Ancianos: Argentina y Brasil

Fénix: Chile, Colombia, Uruguay, Venezuela

En desarrollo: Ecuador, Bolivia, Costa Rica

Solitario: Cuba

Latente: Perú

Los siguientes serían los eventos que generan mayor densidad en términos de nuestra textura musicoterapéutica

Brasil:

1970: Curso de especialização em Musicoterapia no Paraná na antiga Faculdade de Educação Musical do Paraná (FEMP). Actualmente Universidade Estadual do Paraná

1972: Curso de Graduação em Musicoterapia Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro

1978: Reconocimiento de Musicoterapia como carrera de Nivel superior.

1990: Congreso Mundial de Musicoterapia en Rio de Janeiro

1994: Encuentro Latinoamericano de Musicoterapia

1995: Creación de UBAM. Originalmente UNAMB. União Nacional das Associações de Musicoterapia do Brasil

1996: Creación Revista brasileira de Musicoterapia

2001: Presentación del proyecto de ley sobre regulación del ejercicio profesional del musicoterapeuta

2015: Cambio de modelo gestión UBAM

2016: CLAM en Brasil

Argentina

1966: Fundación ASAM. Asociación Argentina de Musicoterapia

1967: Creación Carrera de Musicoterapia. Universidad del Salvador.

1976: II Congreso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires.

1968: Primeras jornadas Latinoamericanas de Musicoterapia.

2002: Primer Congreso CLAM. Buenos Aires.

2008: XII Congreso Mundial de Musicoterapia en Buenos Aires

2015: Ley Nacional para el Ejercicio profesional

2016: Creación Revista ECOS

Chile:

1977: Primer seminario chileno de Musicoterapia

1999: Creación programa de especialización de posgrado en Terapias de Arte.

Mención Musicoterapia. Universidad de Chile

2000-2003: Simposio Chileno de Musicoterapia

2005: Creación de ACHIM. Asociación Chilena de Musicoterapia.

2007: Congreso CLAM. Santiago de Chile.

2012: Lanzamiento del Libro Musicoterapia. Creación y desarrollo del Postítulo en Musicoterapia. 1999-2009

Colombia

1972: Creación primera Asociación Colombiana de Musicoterapia

2004: Creación programa Especialización en Musicoterapia. Universidad Nacional de Colombia. Actualmente programa de Maestría en Musicoterapia

2009: Creación segunda Asociación Colombiana de Musicoterapia

2010: Congreso CLAM en Bogotá

2019: Cambios en modelo de gestión Asociación Colombiana de Musicoterapia

2020: Congreso CLAM en Bogotá

Uruguay:

1969: Creación primera Asociación Uruguaya de Musicoterapia

2016: Creación Asociación de Musicoterapeutas del Uruguay

2017: Reconocimiento Ministerio de educación y cultura para Licenciatura en

Música en CEDIIAP

Venezuela:

1965: Creación primer curso de pregrado

2010: creación posgrado en Musicoterapia. Universidad de los Andes.

Bolivia:

2010: Primeros recuentos de Musicoterapeutas formados ejerciendo en Bolivia

2012: Creación de Asociación Boliviana de Musicoterapia

2013: Congreso CLAM en Sucre

Cuba:

1993: Participación de delegación Cubana en creación del CLAM

2007: Creación curso de posgrado en Musicoterapia

Costa Rica:

2010: Primeros recuentos de Musicoterapeutas formados ejerciendo en Costa Rica

2016: Solicita ingreso a CLAM

Perú

1974: Creación Sociedad Peruana de Musicoterapia

1993: Participación delegación Peruana en creación del CLAM

1998: Creación segunda Sociedad Peruana de Musicoterapia

2010: Última aparición en actas de CLAM de representantes peruanos en congreso

CLAM

México:

1993: Participación delegación Mexicana en creación del CLAM

2002: Última aparición en actas de CLAM de representantes Mexicanos en Congreso

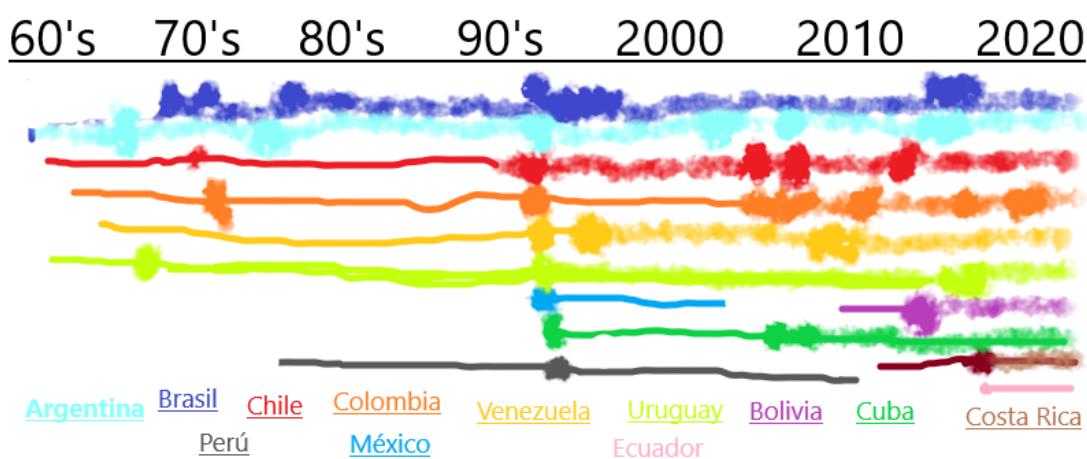
CLAM

Ecuador:

2016: Aparece nombrada como país en desarrollo en la ponencia de Barcellos

*Ecuador no aparece nombrado en las actas del CLAM, ni en el artículo de Barcellos (2001). Tampoco se encuentran referencias al estado de desarrollo de Musicoterapia en el país en los periódicos de Musicoterapia consultados.

Gráfico 1. Textura en el desarrollo de la Musicoterapia en países de la región.



Se evidencia entonces un momento de mayor densidad en 1993 cuando se crea el Comité Latinoamericano de Musicoterapia. También una tendencia a una mayor densidad en los últimos años en la mayoría de países, lo que muestra el crecimiento de la musicoterapia representada en conformación de Asociaciones, reconocimiento profesional, creación de programas, creación de publicaciones, realización de eventos regionales. Así mismo hay unos pocos países de los que no tenemos noticias en el CLAM, pero en donde seguramente hay musicoterapeutas que continúan haciendo esfuerzos por contribuir al crecimiento de la profesión.

El escenario ideal, sería uno en el que todos los países pudieran contar con reconocimiento profesional, programas de formación y entes asociativos de los profesionales. Esto fue la semilla para la creación del CLAM, y sería un elemento impulsor de la organización a futuro. El reto sería entonces, encontrar la mejor forma de continuar construyendo esta partitura.

Y CLAM QUIÉN ES EN LA PARTITURA?

Como consta en actas del CLAM, durante el congreso en Buenos Aires, el CLAM se concibe como un espacio de conducción participativa. Es decir CLAM debe buscar que todas las voces se escuchen (ellas mismas y con las otras voces), que todas tengan el protagonismo necesario, y que entre todas generemos música. Bueno. En realidad, que generemos una musicoterapia latinoamericana. Así CLAM es la puesta en escena de la partitura (lo que sucede durante cada congreso de CLAM). Pero CLAM también es el papel. El papel en el que se escribe la partitura misma. El lugar de encuentro de todas las voces. Que espera qué nuevas partes se añadirán a la música.

Y aquí volvemos finalmente a la primera pregunta. Existe UNA musicoterapia Latinoamericana? Si. Existe. Kay Kaufman Shelemay (2011), en su análisis sobre las comunidades en la música, realiza una extensa disertación sobre el uso del término comunidades musicales, y los demás términos que en la musicología se han utilizado para remplazar dicho término. Si tomamos el CLAM como una comunidad musicoterapéutica, y extrapolamos las implicaciones de los términos derivados de la musicología y la sociología, podríamos concluir que en la estructura musical caracterizada por la diversidad (que en este caso, la he caracterizado como polifonía y poliritmia), la construcción común (que parte de múltiples musicoterapias), genera en efecto UNA musicoterapia latinoamericana.

Como bien se describe en el artículo, la palabra comunidad ha trascendido la concepción derivada de un asunto de localización geográfica para adentrarse en los aspectos de las modalidades de experiencias colectivas, formaciones culturales (derivadas de hábitos comunes entre los miembros). Si tomamos la perspectiva de Cohen de una comunidad como una “forma de experiencia”, CLAM como ese lugar de encuentro en el que hemos construido rituales, formas de compartir conocimiento, y de encuentro social y personal, ha

sido el espacio en el que hemos construido esa única musicoterapia Latinoamericana. Una forma de experiencia, significativa para aquellos que se consideran parte de esta. Que tiene una textura densa como corresponde a la conjunción de cada una de nuestras experiencias como países. Pero que sin duda tiene una sonoridad única.

También se explora en el artículo de Kaufman el uso del término escena musical como alternativa al término comunidad. Este concepto le caracteriza como la coexistencia de prácticas diferenciadas, con trayectorias variables, y que se enriquecen mutuamente. Entonces, se podría equiparar la Musicoterapia Latinoamericana a una escena musical. En este caso, una escena musicoterapéutica.

Las temáticas comunes, incluirían la búsqueda para todos los musicoterapeutas, del mejor desarrollo profesional posible, la protección de sus derechos y la garantía de su participación en la sociedad. El reto de buscar siempre la mejor educación para los futuros musicoterapeutas. Sin duda, a partir de las luchas evidenciadas en las actas de CLAM, la musicoterapia latinoamericana busca luchar en lo político por la participación en instancias internacionales, y la búsqueda de un discurso musicoterapéutico menos homogéneo y por lo tanto más diverso.

Como en toda comunidad o escena, los rituales y formas que se construyen como formas de experiencia compartida, van determinando el curso de desarrollo. Desde su concepción, CLAM busca una conducción participativa. Y tal vez uno de los mayores retos del CLAM es lograr “conducción”. Cuando todas las delegaciones participamos para un bien común, debemos de alguna manera afinar los mecanismos para que nuestras conversaciones lleven a acciones reales.

Mi experiencia como delegada de Colombia ante el CLAM por 4 períodos, y como presidente del mismo durante dos períodos, me ha llevado a reflexionar sobre algunos de los aspectos de nuestra experiencia compartida que nos implican retos para el cumplimiento del objetivo final del CLAM.

Nuestras asociaciones, funcionan con mecanismos y tiempos diversos. Adicionalmente, los liderazgos van cambiando, lo que hace esencial que la gestión de cada delegación en el CLAM, tenga una fuente histórica dentro de cada asociación, para asegurar continuidad en la gestión. La existencia de una línea de gestión política en el CLAM de cada delegación, es fundamental. Sin esta, la conducción participativa se hace difícil.

Tomemos como ejemplo, los cambios en estatutos de CLAM. De manera oficial, aunque se han discutido pequeños cambios a estatutos en diversas reuniones, el último gran cambio de estatutos se realizó en Bogotá durante el congreso de 2010. En esa ocasión, las delegaciones se reunieron por alrededor de 10 horas, haciendo un análisis conjunto del estatuto en su totalidad, generaron los cambios que entre todas las delegaciones, se consideraron más convenientes para el cumplimiento del propósito del CLAM. Tras el congreso, las delegaciones retornaron a sus países para consultar con sus representados, y así poder realizar la aprobación final. La conjunción de tiempos y procedimientos de cada asociación, deriva en que el consenso de las delegaciones se logra casi dos años después de la reunión en Bogotá.

Otro asunto que refleja la dificultad para la conducción, se refiere a la conformación de comisiones. Este propósito aparece en las actas del CLAM, casi desde su creación. Se lleva a cabo como una acción varios años después al solicitarle a las delegaciones el nombramiento de personas para la conformación de las comisiones de ética e investigación, durante el congreso de Bolivia. Finalmente, la conformación de las comisiones (especialmente la de investigación) toma más de 2 años.

Como parte de las dificultades en la continuidad de las delegaciones, y su implicación en la construcción del espacio compartido, encontramos temas como la inscripción jurídica de CLAM y la inclusión de cuotas económicas por participación en CLAM. Estos son asuntos que por supuesto llevan discusiones de fondo al interior de las delegaciones, y en las reuniones del CLAM mismo. Si se inscribe el CLAM, dónde debe hacerlo? Cómo conjugamos las exigencias legales del país de inscripción, con las realidades de todos los países que participan de la organización? Con respecto a las cuotas, deberían ser diferenciales por número de musicoterapeutas del país? De ser así, entonces los países con mayor número de musicoterapeutas y por tanto mayor aporte financiero, deberían tener

más votos en la toma de decisiones? Estos son tan sólo algunos de los temas que se han tenido en cuenta al discutir sobre estos temas. Pero lo que se evidencia en las actas, es que acorde a cada momento histórico de las reuniones, y los argumentos presentados durante cada una, se han tomado disposiciones contradictorias en las reuniones. Finalmente, no disposiciones definitivas por supuesto. Y se aclara, que esto no es necesariamente algo negativo, pues responde a las dinámicas y retos que nos plantea cada momento histórico. Pero sin duda, el hecho de retornar a conversar sobre estos dos tópicos durante cada reunión, nos indica que no logramos aún encontrar una línea de política común. Tal vez la continuidad en lineamiento político de las delegaciones de CLAM, facilitaría la resolución de este tipo de aspectos y otros.

Un propósito de las asociaciones de cada país, podría ser que la delegación ante CLAM realizara un trabajo continuo en el tiempo que transcurre entre los congresos. Así se podría realmente implementar el espacio de encuentro de las delegaciones durante el congreso como no sólo deliberativo, sino decisorio. Durante el congreso, se encuentran siempre presentes la mayoría de las delegaciones, y gracias a las comunicaciones se pueden convocar a las restantes. Podrían lograrse los mecanismos para que, durante los congresos CLAM las delegaciones tuvieran ya listas decisiones y se pudieran realizar votaciones sobre asuntos como estatutos, comisiones, participación en otras organizaciones internacionales.

Santos y Pedro (2009) en sus reflexiones sobre la musicoterapia como profesión en Brasil, utilizando constructos de Latour nos invitan a pensar en una musicoterapia llena de “heterogeneidades en acción”, y en la que se construyen controversias por supuesto. Pero no sólo se construye la controversia en comunidad. También las formas de navegar la incertidumbre que genera, las discusiones alrededor de esta, las posibles soluciones, y las decisiones que se toman alrededor de la controversia.

Cuando CLAM nació, las formas de interacción eran muy diferentes. Así también la construcción de nuestros discursos musicoterapéuticos, nuestras relaciones con el resto del mundo y entre nosotros. Desde su creación, hemos ido construyendo la escena musicoterapéutica que ha dado origen a UNA musicoterapia latinoamericana. Pensando

en el propósito original del CLAM, y en los cambios y trayectorias que ha seguido la construcción de nuestra partitura común, podríamos reflexionar sobre las formas de conducción participativa, que podrían facilitar dicha conducción.

A modo de reflexión personal, considero que mi gestión como presidente de CLAM, podría haber sido más asertiva en este sentido. Durante mi gestión en CLAM, la poliritmia propia de nuestra Musicoterapia Latinoamericana que en ocasiones interpreté como falta de interés en la participación, me llevó a paralizarme en más de una ocasión. Podría haber sido más disruptiva en mis formas de convocatoria, y debería haber buscado otras formas de liderar que supieran llevar de mejor manera las sensaciones de incertidumbre que generan en ocasiones la poliritmia y la polifonía. La presidencia del CLAM y el modelo de gestión para la organización, deben considerar las formas de potenciar como atributo estas características que hemos construido como escena musicoterapéutica. Todo buscando el continuo desarrollo de la Musicoterapia Latinoamericana.

Tomo para terminar las palabras del discurso inaugural del discurso de Diego Schapira en la apertura del congreso en Brasil (2016):

“Si comunidad también implica reunirnos bajo ciertas constituciones y reglas, tal vez debemos seguir abriendo el espacio de intercambio para establecernos o restablecernos esos acuerdos. No es una tarea fácil cuando nos toca hacerlo en una sociedad globalizada que tiende al descreimiento en las organizaciones, al resurgimiento de algunas formas de autoritarismo y a la anomia. Pero sin duda es posible si somos capaces de generar encuentros reales, si podemos relativizar la militancia virtual y en vez de empuñar un teclado nos damos la oportunidad de mirarnos a los ojos, si fortalecemos las organizaciones desde adentro, “desde el pie”, aceptando las diferencias y concibiendo la idea de que podemos convivir con ellas. No lo digo desde una postura ingenuamente esperanzada. Lo señalo como una necesidad que hace a nuestro presente y a nuestro futuro como profesionales y al futuro de la musicoterapia en nuestra región. No se trata de transitar abrazados por la vida, sino el de respetarnos y cuidarnos. La comunidad de los musicoterapeutas somos todos. Hay lugar para todos. Ojalá todos podamos ocuparlo”

Corren tiempos convulsos en nuestro continente. En muchos de nuestros países la violencia en sus múltiples formas, toma de nuevo amplia relevancia. La exclusión, y sus consecuencias vuelven a mirarnos a los ojos, para exigirnos no olvidar nuestros deberes éticos. La polarización y la violencia que esta engendra entre colegas, amigos y familias, se convierte en arma de doble filo que a todos nos hace daño.

En esta edición especial de historia de la musicoterapia en Latinoamérica, tomémos un momento para reflexionar cada uno, sobre nuestro rol en la conducción participativa, no sólo del CLAM sino de todas nuestras organizaciones. Pensemos si el camino que queremos tomar es el de la polarización, o el de la construcción común de controversias y sus resoluciones. Aprendamos a estar juntos en las heterogeneidades.

Como dijimos en conjunto los delegados el cierre del congreso en Brasil (2016),
PARA LA GUERRA NADA!

BIBLIOGRAFÍA

Barcellos, L.R (2001). Music Therapy in South America. **Voices: A world forum for Music Therapy**. V. 1-n.1. Retrieved from: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1618/1378>

Barcellos, L. R. (2016). O Brasil no panorama da Musicoterapia da America Latina. **Annais do VI Congresso Latinoamericano da Musicoterapia**. UBAM, Numero 1 (84-89)

Bauer, S. (2012). **Musicoterapia**. Creación y desarrollo del Postítulo en Musicoterapia 2009-2019. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Kaufman-S. K. (2011). Musical Communities: Rethinking the Collective in Music. **Journal of the American Musicological Society**, Vol. 64, No. 2. pp. 349-390. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/jams.2011.64.2.349>

Pauli, E.; Paiva, R.G. A polirritmia e suas derivações, associações e similaridades musicais. **Revista Música Hodie**, Goiânia, V.15 - n.1, 2015, p. 87-103

Richardson, D (2013). View of the Venezuelan Music Therapy Ensemble. **Voices: A world forum for Music Therapy**. V.13-n.2. Retrieved from: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2080/1826>

Santos, N. Pedro, R.M.L.R. (2009). Musicoterapia em acao: primeiros movimentos da invencao de uma profissao. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. IX (pp. 12-55)

Schapira, D. (2016). Reflexiones acerca del ser musicoterapeuta. **Annais do VI Congresso Latinoamericano da Musicoterapia**. UBAM, Numero 1 (35-50)

SADIE, Stanley (1994). **Grove Music Dictionary**.

Trehub SE, Becker J, Morley I. 2015 Cross-cultural perspectives on music and musicality. Philosophical Transactions. **Royal Society**. B 370: 20140096. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2014.0096>

Ecured (2019). Retrieved from: <https://www.ecured.cu/Polifon%C3%ADa>

UBAM (2016) Annais do VI Congresso Latinoamericano da Musicoterapia. UBAM, Numero 1

Páginas web Asociaciones

<http://ubammusicoterapia.com.br/>

<https://achim.cl/>

<https://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia>

Recebido: 19/11
Aceito: 02/04

LA RESISTENCIA AL NO VERBAL: DE LA MUSICOTERAPIA A LA TERAPIA BENENZON

Rolando Benenzon¹

Resumen: Las transformaciones crean resistencias. Musicoterapeuta y terapeuta no verbal por terapeuta Benenzon; identidad sonora por identidad sensorial. Paciente por el otro, yo otro, nos otros. Los 9 principios de la ética del no verbal de la terapia Benenzon.

Palabras clave: Vínculo. Transformación. Ética. Deseo. Resistencia.

¹ El Prof. Dr. Rolando Benenzon es Médico Psiquiatra recibido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Tiene formación en psicoanálisis y en técnicas psicodramáticas, además es músico, escultor, pintor, dramaturgo y compositor. Ha escrito más de treinta libros, de los cuales varios han sido traducidos al inglés, italiano, portugués, alemán, francés, vietnamita. Representa la máxima autoridad mundial en el campo de la Musicoterapia y de su aplicación en el Autismo, pacientes en Coma, Alzheimer y en la capacitación profesional. Actualmente coordina el desarrollo mundial de la academia Benenzon para la formación de terapeutas Benenzon. Contacto: rolandobenenzon@gmail.com

**RESISTANCE TO NONVERBAL: FROM MUSIC
THERAPY TO BENENZON THERAPY**

Rolando Benenzon

Abstract: Transformations create resistance. Mupsicotherapist and nonverbal therapist by Benenzon therapist; sound identity by sensory identity. Patient for the other, me another, us others. The 9 principles of ethics of nonverbal Benenzon therapy.

Keywords: Relationship. Transformation. Ethics. Desire. Resistance.

En el nacimiento se encuentra en gestación, la profecía autocumplida. De tal manera que después de 60 años que comencé el camino del no – verbal, puedo entender que lo que hoy es la Terapia Benenzon ya estaba en germinación en los años 1965, cuando comencé mis trabajos y aplicaciones de la musicoterapia. Como músico, médico psiquiatra y psicoanalista, en aquel entonces comienzo a introducir la música en las sesiones de grupo de pacientes psiquiátricos muy graves.

Eran experiencias de musicoterapia receptiva, donde el papel de la música era representado como una forma de abrir núcleos regresivos. Decía entonces que la música permitía acompañar al paciente a etapas regresivas de su evolución y desde allí retomar el camino hacia lo prospectivo. Por eso me daba cuenta del esfuerzo de la disociación del terapeuta que debía por un lado acompañar al paciente en ese camino regresivo pero al mismo tiempo mantener el lugar desde donde habían partido.

La palabra seguía siendo el mediador más importante. Debemos tener en cuenta que mi formación académica y luego mi entrenamiento como psicoanalista era del uso de la palabra. A través de la palabra y el uso de la interpretación el paciente podía hacer consciente el inconsciente.

Lentamente comenzaron a aparecer los mediadores (objetos intermediarios) que fueron los instrumentos corporo sonoro musicales (BENZON, 1972). Aun así la palabra ocupaba un lugar importante, ya sea como consigna de comportamiento, como de sugerencia, seducción, reforzamiento yoico del terapeuta. La música y su omnipotente poder, continuaba a ser el soporte fundamental de la musicoterapia.

Desde ese lugar aparece el iso, la identidad sonora, que caracterizaba a cada ser humano (BENZON, 1988, 2000, 2008). Poco a poco mi experiencia me enfrenta a aquellos pacientes que sufren de coma, autismo, alzheimer, dolor crónico (BENZON, 2000, 2008). Esta experiencia desarrolla en mí una reflexión importante que lleva al cuestionamiento de la palabra como mediador del vínculo.

Hasta comprender que la palabra no tenía ningún sentido en la comunicación no verbal y más aún, descubrir que todos los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, no tenían nada que ver con la palabra sino con los fenómenos analógicos que rodeaban dicha palabra.

Así la palabra desaparece totalmente como comunicador en lo que fue llamado el Modelo Benenzon a partir de 1999, después del Congreso Mundial de Musicoterapia en Washington, USA. Esto permitió la aparición de objetos intermediarios que no eran precisamente los instrumentos corporo sonoro musicales sino que pertenecían a la cotidianidad y a la esencia del ser humano, como el agua, la tierra, el fuego, los desechos, la clessidra, etc (BENENZON, 2000, 2008).

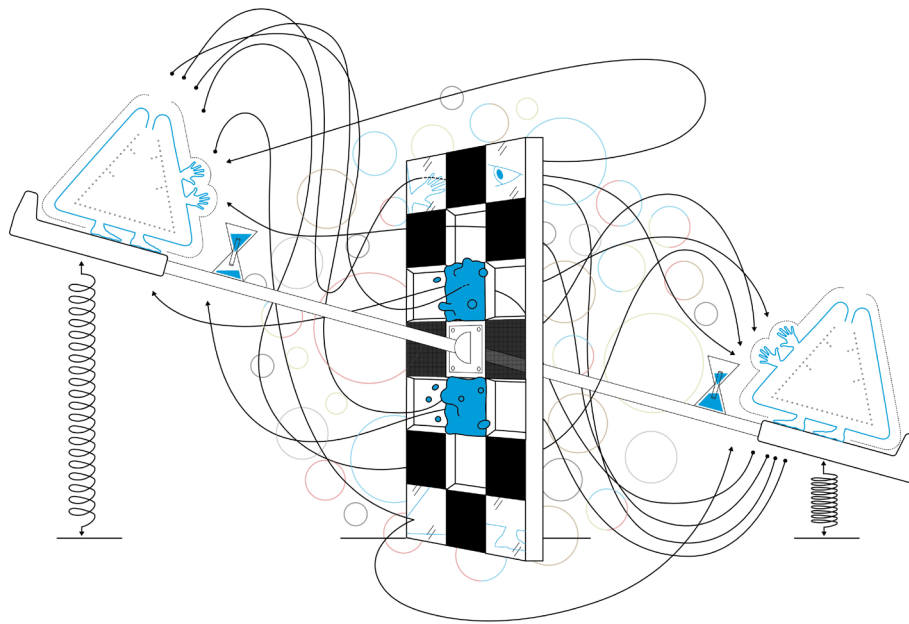
Descubrí cada vez más el no verbal como la repetición de los fenómenos ancestrales de nuestros antepasados, inscriptos en nuestras células. Las células en espejo (BENENZON, 2008, 2012, 2014). Aparece así el fenómeno totémico en toda su dimensión (BENENZON, 2000, 2008, 2012, 2014). Fue el momento en que decidí cambiar el nombre de musicoterapia por el de musicopsicoterapia (BENENZON, 2000, 2008). A partir de ese momento aparece con furia lo que estaba velado hasta ese momento, que era la resistencia al no verbal.

Resistencia que admito no era solo de los otros sino de mi mismo. Fueron muchos años de experiencia para darme cuenta que yo también padecía del mismo prejuicio. Mucho tiempo de supervisar otras experiencias y de la propia terapia no verbal en mi mismo me llevaron a aceptar el concepto que sólo en el no verbal se gesta la verdadera transformación del vínculo. Fue entonces que la musicopsicoterapia dejó de ser el nombre que me pertenecía, como también el modelo que me asignaron.

Así nace la Terapia Benenzon (BENENZON, 2012, 2014).

Esta terapia consolida el concepto de que únicamente el no – verbal produce los fenómenos de mejoramiento de la calidad de vida a aquellos a quienes se le aplica. ¿En que se basa entonces esta transformación a la Terapia Benenzon? Transformar no es cambiar.

Figura 1: Esquema Terapia Benenzon.



Es una terapia que capacita al terapeuta a una constante adaptación, flexibilización, fluidificación, lo que le permite transformar y transformarse.

Esto lleva a una des-estructuración y estructuración permanente como un espiral o una cinta de Moebius. En todos estos estados la palabra no tiene ningún sentido. Esto provocó otra transformación. Hace cincuenta y cinco años atrás, había concebido el psiquismo tanto del paciente como del terapeuta, basándome en Freud, y representándolo por un triángulo dividido en tres partes, inconsciente, preconscious y consciente.

Las tres partes separadas por sendas líneas en cuyo centro dejaban pasar las energías del inconsciente a través de filtros que Freud llamo mecanismos de defensa.

Ese triángulo lo recubri con el cuerpo, parte esencial para el proceso vincular donde además queda totalmente unido al psiquismo, no habiendo ninguna posibilidad de separar una de la otra, allí se adjunto el concepto de Yo- Piel de Didier Anzieu (BENENZON, 1988).

Resultó así evidente que hubo que abrir el vértice de ese triángulo, por donde saldrían las energías hacia el otro, ese otro que considero como Lacan, el yo –otro.

Pero ese cuerpo, como también ese triángulo representativo del psiquismo se fueron volviendo porosos, porque el no verbal está pleno de energías de toda naturaleza que van y vienen, que entran y salen. Son las energías que vienen del yo – otro, de los-otros, del nos – otros como así también de infinitas distancias de ecos sistemas y de la biosfera.

Deleuze dice:

a materia presenta pues, una textura infinitamente porosa, esponjosa o cavernosa sin vacío, siempre hay una caverna en la caverna, cada cuerpo por pequeño que sea, contiene un mundo, en la medida en que está agujereado por pasadizos irregulares, rodeado y penetrado por un fluido cada vez más sutil, el conjunto del universo era semejante a un estanque de materia en el que hay diferentes flujos de ondas. (DELEUZE apud TARIZZO, 1990)

También se volvieron porosas las divisiones, que finalmente dejaron de ser tales, como así también los mecanismos de defensa dejaron de ser parte de filtros y por lo tanto las energías van y vienen de un lado al otro en infinitas direcciones cruzando de la misma manera el cuerpo que también se ha vuelto poroso. De manera tal que el inconsciente forma parte también del preconscious y de la consciencia. Esto genera los sistemas de percepción global y los sistemas de expresión global.

Así se constituye el no – verbal. En él, percibimos la sensación de unidad, de un todo, psique–soma. Aparece así el caos, el aleph, el aion, el apeiron y los trans. La trans temporalidad, la trans espacialidad, la trans cultura, trans logica, trans espiritualidad. Esto dio lugar a la otra transformación. Esto se produjo en el concepto del iso. Identidad sonora que caracterizaba a cada ser humano y lo diferenciaba del otro (BENENZON, 1988, 2000).

Esa identidad no puede quedar limitada a una percepción particular como puede ser el sonido o la música, sino que es un entramado de características que tienen que ver con multipercpciones. Por eso desde ese momento lo he trans formado en ise, o sea identidad sensorial.

Esto comenzó a ocurrir en el espacio vincular donde nuestro creer, creando y nuestro crecer, creyendo comprendimos que los mediadores ya no se limitaban a los instrumentos corpóreo sonoro no verbal sino que había muchos otros como los olores, la temperatura, la textura, los gustos, los des echos, el vacío, el abismo.

El no verbal se expone y te expone.

El no verbal desnuda, desvela, no hay posibilidad de no expresarse, y esto provoca la mayor de las resistencias.

El Terapeuta Benenzon está expuesto a los acting out, es por eso que hemos creado los no – out, o sea aquellos comportamientos que debemos tener muy en cuenta en cada vínculo para no cometer.

Entre ellos: no - invadiendo; no estimulando; no - seduciendo; no sugiriendo, no interviniendo, no prejuzgando; no provocando, no interpretando; no - estigmatizando, no etiquetando ; no diagnosticando, no - observando, no jerarquizando, todos ellos en gerundio, pues la teoría de los gerundios es otra de las características de la terapia benenzon. (BENZON, 2012, 2014).

Esto provocó otra transformación. Continuando con la coherencia de los no – out, hay uno de ellos que dice: no – jerarquía. Este no – out nos habla de la horizontalidad del proceso de comunicación, que nos retrotrae a la idea de rizoma de Deleuze.

Es evidente que la relación vincular es un tejido sin fin de raíces que se suceden una con otras y que comienzan allí donde terminan otras.

Es por eso que he dejado la denominación de: paciente. No existe el paciente. Hoy decimos el-otro que es yo, otro, los – otros y que son nos- otros.

En este camino de lo caminado y por caminar, caminando de la des estructuración, entendemos que lo académico vela una serie de conocimientos e intuiciones. Por eso hemos dejado de observar. La física, psicología cuántica tiñó la Terapia Benenzon. El observador modifica el objeto observado y aún más provoca la creación de una teoría coherente a lo observado.

A partir de ese momento, nos hemos convertido en contempladores. Dejamos que el paisaje se nos imponga a su manera con su olor, su color, su forma, su temperatura, su textura.

El Terapeuta Benenzon contempla lo que ocurre a su alrededor, pero también contempla aquel paisaje que está ocurriendo simultáneamente en su interior. Contempla su historia que se entrecruza con la historia de el – otro, constituyendo la historia vincular por eso defino, contemplando como el estado cuántico que permite estar y no estar, estando (BENZON, 2019). Este proceso rizomático se intrinca por las mismas razones en todo

aquello que se denomina super. Sea esto supervisión o sea este superyó. La supervisión también debe evolucionar hacia un desarrollo horizontal de todos sus componentes del acto de supervisar.

Todos estamos en un imaginario subi - baja. Es por eso que que he creído que mucho mas cierto es transformar el acto en una co-corporeo-percepción.

Es una unidad horizontal que integra al Terapeuta Benenzon, trayendo el relato y la dramatización del vínculo con el otro o los otros junto a los contempladores del proceso, donde todos ponen el cuerpo y su propia historia y la historia de los propios vínculos con el- otro. Tu caso vincular es el caso vincular del de todos (BENZON, 2018).

Entre todas estas transformaciones que producen la resistencia a la terapia benenzon está la ética del no verbal. Para la Terapia Benenzon la ética es la capacidad de escuchar el deseo del otro. Es una ética que excluye al superyo para reconocer a los – otros, como nos – otros.

En el entre del deseo propio y el deseo del otro, hay un deseando incondicional, condicionado. Es el vínculo terapéutico, que posee el tejido vincular para llegar al rizoma vincular, donde existan dos personas se comienza a gestar el entramado vincular.

En cada uno de nosotros hay un deseando, lo que llamamos el sistema deseante. El primer deseo es, hacia el vínculo con el otro. Por eso se convierte en una necesidad existencial. El hombre no puede vivir solo. En el aislamiento muere y no puede nacer. Concebir sólo es posible concibiendo.

Ingresamos así en el caos vincular de la Terapia Benenzon. Decimos que ese vínculo se establece en la horizontalidad del rizoma profundizando, este vínculo sobreviene el primer principio de la ética de la Terapia Benenzon: “cuidar y proteger la salud y la calidad de vida del Terapeuta Benenzon”. En este protegerlo, y protegerse por lo protegido y por proteger, protegiendo.

Aparecen los límites del hacer en el no hacer, y de la intencionalidad de la no intención del Terapeuta Benenzon, oxymoron que la caracteriza.

Los límites del absorber, absorbiendo de la esponja. Nada de lo que se le da al otro es suficiente. La escucha, como la espera tiene un límite, el límite de nuestra capacidad de nuestro siendo y estando y sintiendo. Esto es importante en la ética de la Terapia Benenzon, limitar mis deberes más que defender mis derechos.

Solo así podemos entrar y entender la liminaridad en el vínculo terapéutico. Por eso es tan necesario la formación profunda e intensa para poder llegar a ser reconocido como Terapeuta Benenzon. Requiere el cursado de los cinco años de la academia benenzon, on line, y en la práctica los 7 niveles, las horas de terapia benenzon personal y de cocorporeopercepción.

En esta formación que luego se vuelve permanente se ha creado el juego del espejo y su oscuridad.

Por todo eso insisto en recordar los 9 principios de la ética de la Terapia Benenzon:

- 1) Proteger cuidar y contener la salud y la calidad de vida del terapeuta benenzon evitando así el burn – out;
- 2) Trabajar en pareja terapéutica;
- 3) Convertir en sacro el lugar del encuentro no verbal (setting terapéutico);
- 4) Cumplir con las 15 reglas fundamentales del accionar de la Terapia Benenzon;
- 5) Evitar el acting out, respetando los no out y co out;
- 6) Profundizar el llenado de protocolos;
- 7) Guardar el secreto profesional hasta la muerte;
- 8) Someterse a una Terapia Benenzon individual y grupal;
- 9) Co corporeopercepción continua de la actividad clínica.

REFERENCIAS

BENZON, R. O. **Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. São Paulo: Summus, 1988.

_____ **Musicoterapia: De la teoría a la práctica**. Buenos Aires, Barcelona y México: Paidós, 2000.

_____ **La Nueva Musicoterapia**. 2ª ed. Buenos Aires: Lumen, 2008.

_____ **El juego del espejo y su oscuridad**. La Plata: Ediciones Al Margen, 2012

_____ **Le jeu du miroir et son obscurite.** Parempuyre: Edition non verbale
AMBX, 2014

DELEUZE, G. **La piega.** traduzione e cura di Davide Tarizzo. Giulio Einaudi Editore: Torino,
1990.

Recebido: 20/11
Aceito: 02/04

DA MUSICOTERAPIA À MUSICOTERAPIA ORIENTADA PELA TEORIA PSICANALÍTICA: FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

Iara Del Padre Iarema Ulkowski¹
Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha²
Nadja Nara Barbosa Pinheiro³

Resumo: Apresentamos aqui uma visão sobre os entrelaçamentos entre a musicoterapia e a psicanálise. Essa pesquisa está sistematizada como um estudo epistemológico. Neste escopo, partimos do estudo abrangente sobre a constituição da musicoterapia como ciência, incluindo uma discussão sobre como se deu a mudança discursiva do uso terapêutico da música com bases mágicas e religiosas, para a musicoterapia como prática científica. Enfatizamos, também, que a musicoterapia se constitui como ciência pautada em conceitos de outras bases teóricas, que não a sua própria. E que a psicanálise aparece na história da musicoterapia, em especial no Brasil, como uma das primeiras teorias com que a musicoterapia se entrelaça. Dessa forma, em seguida, procedeu-se a articulação entre musicoterapia e psicanálise, apoiadas por autores que se propõem a este tema, tais como Lecourt, Benenzon, Pellizzari, especialmente em seu livro *Musicoterapia psicoanalítica* (1993), e Cirigliano. Notamos que, apesar da grande diversidade de leituras acerca do entrelaçamento entre musicoterapia e psicanálise, há alguns pontos em comum neste campo híbrido. Alguns conceitos psicanalíticos são fundamentos para a prática dos autores pesquisados, como o conceito de Inconsciente postulado por Freud e a noção de transferência.

106

Palavras-chave: Musicoterapia. Psicanálise. Epistemologia.

1 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, Especialista em Saúde Mental pelo IBPEX, Musicoterapeuta pela Faculdade de Artes do Paraná.

2 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná com Pós-Doutorado pela McGill University. Professora do curso de graduação em Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR, Campus II de Curitiba – Faculdade de Artes do Paraná.

3 Mestre e Doutora em Psicologia com pós-doutorado em Psicanálise e Psicopatologia na Universidade Paris 7. Professora da graduação e do PPG em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Coordenadora do Laboratório de Psicanálise (UFPR).

**FROM MUSIC THERAPY TO MUSIC THERAPY ORIENTED BY
PSYCHOANALYSIS THEORY: EPISTEMOLOGICAL FOUNDINGS**

**Iara Del Padre Iarema Ulkowski
Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha
Nadja Nara Barbosa Pinheiro**

Abstract: We present here a look at the intertwining between music therapy and psychoanalysis. This research is systematized as an epistemological study. In this scope, we move from the comprehensive study on the constitution of music therapy as science, including a discussion about how the discursive change of the therapeutic use of music with magical and religious basis took place, to music therapy as a scientific practice. We also emphasize that music therapy is a science guided by concepts from other theoretical bases than its own. And that psychoanalysis arises in the history of music therapy, especially in Brazil, as one of the first theories with which music therapy intertwines. Thus, we proceeded to the articulation between music therapy and psychoanalysis, supported by authors who propose to this theme, such as Lecourt, Benenzon, Pellizzari, especially in her book *Psychoanalytic Music Therapy* (1993), and Cirigliano. We note that, despite the great diversity of readings about the interweaving of music therapy and psychoanalysis, there are some commonalities in this hybrid field. Some psychoanalytical concepts are foundations for the practice of the researched authors, such as the concept of the Unconscious postulated by Freud and the notion of transference.

107

Keywords: Music Therapy. Psychoanalysis. Epistemology.

INTRODUÇÃO

A musicoterapia tem como uma de suas características a interlocução e até mesmo a sustentação em outras correntes teóricas, que não são específicas desta prática profissional. A psicanálise é uma delas, sendo sua influência notada com o uso sistemático ou não de conceitos e noções próprios desta teoria por musicoterapeutas, e na presença de autores reconhecidos que se apresentam como musicoterapeutas e psicanalistas. Pretendemos aqui examinar o percurso histórico-epistemológico que culmina na interseção ‘musicoterapia-psicanálise’.

O presente artigo deriva de indagações ligadas à prática profissional de uma das autoras, que expressa o constante entrelaçamento entre psicanálise e musicoterapia. Dessa forma, buscamos melhor entender as conexões e diferenças de leitura nessa articulação. Para que chegássemos a essa discussão, no entanto, passamos pela constituição histórico-epistemológica da musicoterapia, enfatizando, mas não nos restringindo, à musicoterapia no Brasil. O estudo epistemológico que foi realizado se deu por pesquisa bibliográfica, especialmente em textos que tratam, na íntegra ou em parte, da psicanálise como sustentação teórica para a musicoterapia.

MUSICOTERAPIA: SUA TRAJETÓRIA

É recorrente os textos que retomam a história da musicoterapia ressaltarem e exemplifiquem que o uso terapêutico da música remonta à antiguidade. (Wigram, Pedersen e Ole Bond, 2002, p. 17; Barcellos, 2016, s/p; Lecourt, 2011, p. 7; Benenzon, 1985, p. 164). Desde alguns mitos gregos, como Orfeu, passando pelo episódio bíblico de Davi e o rei Saul⁴ (Wigram et al, 2002, p. 17), ou o conceito indiano de ragas⁵ (Lecourt, 2011, p. 15), o poder curativo da música é amplamente registrado na literatura como parte das práticas terapêuticas. Lecourt destaca que o que diferencia o uso terapêutico da música

4 Consta na Bíblia que o Rei Saul, tendo sido desobediente a Deus, encontrava-se acometido por um mal que o aterrorizava. Ele pediu aos seus servos, então, que encontrassem um homem que soubesse tocar bem a lira, e esta passou a ser uma das atribuições de Davi no reino. “Todas as vezes que o espírito do Deus o acometia, Davi tomava a lira e tocava; então Saul se acalmava, sentia-se melhor e o mau espírito o deixava.” (1Sm 16:23).

5 Lecourt (2011) afirma que, em algumas culturas, a música é entendida como essencialmente terapêutica e exemplifica esta questão com os ragas indianos. Neste contexto, entende-se que cada música tem o momento certo a ser executada e que possui em si determinadas características, correspondentes a estados físicos e psíquicos (ternura, calma, satisfação, etc.). (Lecourt, 2011, p. 15-16).

nos últimos cinquenta anos⁶ das práticas anteriores é a importância que esta adquiriu no rol de cuidados atuais, que se desenrola em preocupações quanto à sua cientificidade e à formação profissional. (Lecourt, 2011, p. 7).

Contrapondo as pesquisas de Kümmel (1977) e Horden (2000), Wigram et al (2002) problematizam a inserção do uso terapêutico da música no campo da ciência. Se, por um lado, Kümmel argumenta que a prática musicoterapêutica científica atual decorre direta e continuamente das práticas antigas, Horden marca que a literatura médica, desde os tempos antigos, tratava o uso terapêutico da música de maneira cética: “No entanto, a questão é se existe uma tradição contínua e ininterrupta conectando a musicoterapia moderna e científica com a prática e a filosofia da música e da medicina herdadas da antiguidade.” [Tradução nossa].⁷ (Wigram et al, 2002, p. 17). Essa discussão é de grande importância quando buscamos entender a epistemologia da musicoterapia. Tradicionalmente se pensa o percurso que parte das práticas musicais terapêuticas da antiguidade e que chega à musicoterapia como um caminho único e fluido. No entanto, a tese de Horden procura explicitar que há uma quebra do discurso religioso e filosófico para o médico e científico no contexto do uso terapêutico da música. O mesmo autor salienta, ainda, que a música não é mencionada em trabalhos de referência sobre a história da medicina e psiquiatria, como mais um argumento de que o entendimento científico do uso terapêutico da música é uma proposição bem mais recente. Não se trata de negar a histórica relação da música nas práticas de cura e, sim, considerar que a fundamentação para o uso e os efeitos que se davam era mais religiosa e filosófica do que científica. Com base nisso, Wigram et al defendem que a musicoterapia é uma “disciplina periférica” da medicina (Wigram et al, 2002, p. 18) e consideram que ela emergiu como profissão nos últimos cinquenta anos⁸, a partir de uma gama de práticas profissionais e em diferentes países. (Wigram et al, 2002, p. 29).

6 Com referência ao seu livro publicado em 2011.

7 “However, the question is whether there exists a continuous, unbroken tradition connecting modern, scientific music therapy with the practice and philosophy of music and medicine handed down from antiquity.”

8 Com referência ao livro publicado em 2002.

Dada a dificuldade em precisar o momento exato em que a musicoterapia passa a ser considerada como prática científica, o que podemos fazer é apresentar alguns marcos conhecidos deste movimento. Barcellos (2016), no Caderno de Musicoterapia I, traz informações a respeito, tais como os autores das primeiras dissertações médicas sobre o tema, no final do século XVIII e início do século XIX. A primeira das referidas teses, elaborada no Brasil, data de 1845 e é intitulada *Acerca da Música, e suas influências sobre o organismo*, de Sabino Olegário Ludgero Pinho. Nesse caso, percebemos a associação entre o uso terapêutico da música e o discurso científico, diferente, portanto, de como se davam os discursos sobre o tema nas práticas mágicas antigas, em que a música era utilizada para espantar maus espíritos ou fundada em outros modos de pensamento que não o científico. Outra passagem amplamente difundida nos textos musicoterapêuticos é o uso da música nos hospitais que atendiam os soldados feridos nas duas guerras mundiais. Músicos iam aos hospitais tocar para os pacientes que haviam sofrido traumas físicos ou psíquicos nas batalhas e os efeitos positivos destas intervenções passaram a atrair a atenção de médicos e enfermeiros. Diante disso, na década de 1940 são criados nos Estados Unidos os primeiros cursos em universidades para a formação de musicoterapeutas. (Barcellos, 2016, s.p.). Tanto a tese mencionada acima, quanto a música nos hospitais no tempo das guerras mundiais ainda não se caracterizavam como musicoterapia, conforme se denomina atualmente, em sua gama de possibilidades. Mas marcam a mudança discursiva no contexto do uso terapêutico da música.

Na França, a musicoterapia tem início já no campo médico em contextos de tratamento de saúde, com o nascimento da psiquiatria. Philippe Pinel relatou um restabelecimento de enfermidade na qual a prática do violino foi fundamental. Posteriormente, conforme afirma Lecourt (2011, p. 27), Esquirol, discípulo de Pinel, viria a desenvolver oficialmente a prática da musicoterapia no Hospital da Salpêtrière, em Paris.

Barcellos (2016, s/p) entende que há três vertentes para o início da musicoterapia: as práticas mágicas, a música em hospitais e a educação especial. Esta última, tendo sido o embrião da profissão no Brasil, com destaque para a atuação pioneira de Cecília Conde, Gabrielly de Souza Silva e Dóris de Carvalho, na década de 1960 (Conde e Ferrari, 2008, p.33). Um aspecto destacado pela mesma autora é de a musicoterapia ter tido seu início pela

prática, antes, ainda, de ser considerada uma profissão.⁹ No entanto, a partir do momento que começam a ser organizados os primeiros cursos e palestras sobre o tema (com as vindas de Rolando Benenzon, Edgar Willems e Juliette Alvin para o Brasil), começa-se a zelar pelo caráter científico da musicoterapia: “Eu tinha receio que a musicoterapia caísse na tendência mística, em voga na época”, afirma Cecília Conde, em entrevista a Pollyana Ferrari. (Conde e Ferrari, 2008, p. 36).

Simultaneamente às pioneiras do Rio de Janeiro, no Paraná a educadora musical Clotilde Espínola Leinig passa a se interessar e buscar fundamentação para a musicoterapia. Interesse desencadeado em uma aula que teve no Rio de Janeiro, intitulada A Terapêutica pela Música e, posteriormente, aprofundado em uma especialização em Musicoterapia, nos Estados Unidos. De lá, Leinig trouxe o currículo e o material teórico que culminou na implantação da Especialização Lato Sensu em Musicoterapia, na Faculdade de Educação Musical do Paraná. (Messagi, 1997, p. 59). Ao relatar a história da profissão no Paraná, Messagi (1997, p. 60) enfatiza, também, a influência do médico e psicanalista Rolando Benenzon na implementação do curso, visto que seus livros sobre musicoterapia já eram reconhecidos. Dessa forma, com a proximidade de Benenzon com os grupos precursores da musicoterapia no Brasil, tanto no Paraná quanto no Rio de Janeiro, podemos afirmar que conceitos e noções psicanalíticas estiveram presentes desde o início na fundamentação teórica da musicoterapia praticada no país.

A musicoterapia está formalizada institucionalmente no Brasil em universidades e associações de classe há cinquenta anos e, atualmente, é requisito para a formação e reconhecimento do profissional musicoterapeuta, a graduação ou especialização em cursos autorizados pelo Ministério da Educação (MEC). Trata-se de uma prática profissional que conta com a peculiaridade de sua natureza “híbrida”, como concluíram Chagas e Pedro (p.60): “A realidade de um ser humano que vivencia simultaneamente músicas e sofrimento, explorações sonoras e deficiências sensoriais é a terra híbrida onde se desenvolveu o conhecimento musicoterapêutico.” As mesmas autoras afirmam que se trata de um campo de conhecimento caracterizado pela integração de saberes (p. 47). Conforme é possível

⁹ Entende-se que neste trecho a autora se referia ao início da musicoterapia no Brasil, especificamente.

perceber na definição da Federação Mundial de Musicoterapia (1996), há vários caminhos possíveis na musicoterapia, se tratando da clientela a ser atendida, como quando de abordagem que fundamenta o trabalho:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

Ainda sobre a natureza híbrida da musicoterapia e sobre os questionamentos que daí derivam, Ruud discorre:

O campo de atuação da musicoterapia refletiu sempre uma estreita relação com diversas orientações encontradas na psicologia e na filosofia. Se bem que o objetivo final da musicoterapia, enquanto profissão de tratamento, seja sua afirmação como disciplina própria, até o momento tem sido amplamente necessário fundamentar seus processos básicos em teorias prevaletentes na psicologia e outras filosofias de tratamento. (Ruud, 1990, p. 11).

Neste mesmo livro, o autor apresenta quatro caminhos possíveis para a musicoterapia: o modelo médico, as teorias behavioristas, a tendência humanista/existencial em psicologia e as teorias psicanalíticas. Este é um dos muitos livros de referência da musicoterapia que consideram a psicanálise como possibilidade de fundamentação para a musicoterapia. Notamos que, neste livro, a psicanálise é abordada dentro de limites estreitos, possivelmente devido à característica geral da obra, que é introdutória e contempla várias abordagens diferentes.

Wigram et al (2002), na mesma proposição de apresentar as teorias terapêuticas nas quais a musicoterapia se fundamenta, diferencia três grandes blocos: as abordagens psicanalítica e psicoterapêutica, as abordagens comportamentais, e a neuropsiquiatria tradicional. Os autores subdividem o bloco 'abordagens psicanalítica e psicoterapêutica' em: psicanálise, psicoterapia analítica, terapia centrada na pessoa, gestalt terapia, psicologia e psicoterapia transpessoal.

A musicoterapeuta e psicanalista Édith Lecourt (2011, p. 50-56) também situa a musicoterapia em relação às correntes psicoterapêuticas inspiradas por grandes correntes teóricas, tais como: a psicanálise, o comportamentalismo, o cognitivismo, as terapias familiares e sistêmicas e as psicoterapias ditas humanistas.

Para traçarmos o percurso histórico da musicoterapia como profissão ou como prática terapêutica dotada de características próprias, que a delimitam para que possa ser distinguível de outras práticas terapêuticas, temos que considerar diversos status da relação homem – música – saúde. Sendo assim, consideramos aqui o processo histórico, iniciado pela percepção da influência da música sobre a saúde e o comportamento humanos que já existia nos povos antigos. Seguido pelo uso da música contextualizado em espaços de saúde/hospitais, por exemplo, como ocorria nas I e II Guerras Mundiais, concomitante ao uso da música em contextos educacionais, mas com fins terapêuticos com alunos portadores de necessidades especiais. E depois disso, e até os dias de hoje, o uso sistematizado da música como terapia, como se propõe, atualmente, encerrado no nome musicoterapia.

Tendo visto como se deu a composição da musicoterapia ao longo da história, desde o uso terapêutico da música na antiguidade até os dias de hoje, convém apresentarmos suas características no campo científico. Então, no próximo tópico, serão abordados os entrelaçamentos epistemológicos constituintes da musicoterapia.

OS ENTRELAÇAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA MUSICOTERAPIA

A forma como foi se dando a construção da musicoterapia como profissão, originou certas características que devem ser mencionadas neste trabalho acadêmico. O hibridismo estudado por Chagas e Pedro (2008), toca no entrelaçamento entre música e tratamento, ou entre o que é do campo das artes e o que é do campo da saúde. Mas também, no que se está denominando aqui como combinação ou entrelaçamento de conceitos, que é o uso de ideias de duas ou mais correntes teóricas em um mesmo trabalho, o que as referidas autoras também incluem na ideia de 'hibridismo' na musicoterapia. Ou seja, o que será abordado nesta seção é o uso combinado de conceitos de diferentes proposições teóricas em muitas produções textuais da musicoterapia.

Esse modo de se pensar teoricamente a musicoterapia fica explícito na introdução do artigo de Wheeler (1981, p. 9), cujo objetivo principal apresentado por ela é “demonstrar, para os musicoterapeutas, os benefícios de se usar **uma ou mais** teorias psicoterapêuticas como estrutura de referência para o seu trabalho.” [Tradução e grifo nossos].¹⁰ A autora se propõe a apresentar algumas teorias da psicoterapia e suas possíveis articulações com a musicoterapia. Sobre as teorias psicodinâmicas, marca a origem comum freudiana e nomeia alguns autores pós-freudianos. E novamente se mostra condescendente ao uso de teorias combinadas: “Estas teorias podem ser aplicadas individualmente ou combinadas.” (Wheeler, 1981, p. 13). [Tradução nossa].¹¹ Apesar da concordância de Wheeler com o uso de mais de uma teoria como estrutura para o trabalho do musicoterapeuta, o referido artigo se propõe a demonstrar a importância de ter como sustentação para o trabalho do musicoterapeuta referências teóricas que delimitem pontos importantes, tais como a natureza da saúde mental e as maneiras de alcançá-la, enfatizando que o alinhamento teórico permitiria um progresso mais sólido à musicoterapia.

No artigo de Cunha (2018), que discute a pluralidade epistemológica da musicoterapia, destaca-se, novamente, a construção híbrida da musicoterapia na proximidade de saberes de vários campos combinados dentro de um só. Apesar disso, a autora argumenta que, para que essa prática seja viável como ciência, é necessário que se apoie em bases conceituais e afirma: “São elas que oferecem fundamentos para o entendimento de realidades.”

Conhecer e reconhecer estes encontros teóricos epistemológicos da profissão abre a possibilidade de melhor entender a prática musicoterapêutica. Com a expectativa de que, ao ter maior clareza sobre em quais bases se fundamentam as decisões e leituras do musicoterapeuta na clínica, o diálogo com profissionais de outras áreas e entre os próprios musicoterapeutas passará a se dar de modo mais efetivo.

Apesar do hibridismo da musicoterapia como campo de saber e de se fundamentar em pressupostos teóricos de outras disciplinas, atualmente é fecunda a discussão sobre o que particulariza e diferencia essa prática e seus fundamentos, das demais. E neste propósito, Cunha (2018), juntamente com a musicoterapeuta Martha

¹⁰ “to demonstrate the benefits for music therapists of using one or more psychotherapeutic theories as a frame of reference for their work . . .”.

¹¹ “These theories can be applied either individually or in combination.”

Negreiros e pautadas por trabalhos anteriores de autores reconhecidos enumeraram seis pressupostos fundamentais e universais que caracterizam a musicoterapia, entre elas: a natureza polissêmica da música (Barcellos e Santos, 1996); a identificação sonora (Ruud, 1998) e a música como código distinto do verbal, regido por leis próprias, referencial e não-denotativo (Cunha, 2018).

Ruud (1990, p. 15) destaca a importância de os musicoterapeutas estarem atentos acerca do processo saúde-doença, em suas práticas clínicas e de pesquisa. Este autor apoia seu pensar na psicologia social e, dessa forma, contesta o entendimento da doença ou incapacidade entendida de modo isolado do contexto em que o paciente vive. Ele acredita que seja possível transformar terapêuticamente o indivíduo, a partir da transformação do contexto onde ele vive. Com isso, ampliam-se também as possibilidades profiláticas. Apesar de não nos situarmos na mesma linha teórica de Ruud, também identificamos que há pontos conflitantes entre teorias diferentes e que, nos trabalhos musicoterapêuticos que se propõem a combinar duas ou mais teorias, a problematização destes pontos se faz necessária. Ideias que alicerçam este ou aquele modo de se pensar o homem, o processo de saúde-doença, a terapêutica e a música, justamente por serem fundamentos, precisam estar claras, tanto nas produções textuais, quanto na clínica. Sendo assim, a não consideração destes pontos de conflito em textos musicoterapêuticos que se apoiam ora em uma, ora em outra teoria, torna frágil sua fundamentação.

A TEORIA PSICANALÍTICA COMO ORIENTAÇÃO PARA A MUSICOTERAPIA

Alguns autores costumam dedicar um ou mais capítulos em seus livros para tratar da interseção¹² musicoterapia – psicanálise (Ruud, 1990; Wigram et al, 2002; Lecourt, 2011)¹³. Enquanto os livros de Ruud (1990) e Wigram et al (2002) priorizam uma apresentação compilada de alguns aspectos sobre musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, o livro de Lecourt (2011), embora se proponha a apresentar também outros vieses teóricos,

12A busca no dicionário pela palavra ‘interseção’ resulta em: “ponto em que se cruzam duas linhas ou superfícies”. (Bueno, 1991). É este significado que se tem em mente no atual contexto, mas outro significado para a mesma palavra é o de “corte”.

13 O livro *La musicothérapie* (2011), de Édith Lecourt é considerado como generalista pelas presentes autoras, por apresentar ao leitor outras orientações teóricas para a musicoterapia, além da psicanalítica. Já o livro *Freud e o universo sonoro: o tic-tac do desejo* (Lecourt, 1997), não se refere a outras linhas teóricas, além da psicanálise, mas também não aborda a musicoterapia, diretamente, apesar de oferecer valioso material de base para se pensar a clínica musicoterapêutica.

aborda mais detalhadamente a teoria freudiana, pelo fato de a autora ser psicanalista. Serão utilizados como referências para apresentar este modo de entender a musicoterapia, tanto os textos mais abrangentes já mencionados, quanto outros, que se propõem mais claramente a discorrer sobre musicoterapia e psicanálise (Lecourt, 1997; Cirigliano, 1993, 2004; Benenzon, 2011; Pellizzari, 1993).

Neste tópico, propomos discutir a articulação entre a psicanálise como base teórica que parte da clínica e retorna à clínica; com a musicoterapia, que parte da prática terapêutica instigantemente bem-sucedida, mas cujos pressupostos teóricos, além de não comporem uma teoria única, são muito intrincados a outras teorias. Ou seja, percebemos que a prática musicoterapêutica, juntamente aos efeitos terapêuticos que se estabelecem e que variam conforme cada caso, historicamente antecederiam a fundamentação teórica. Entre os autores que assumem ou assumiram em algum momento da carreira a orientação da teoria psicanalítica para a atuação musicoterapêutica, destacamos alguns nomes que serão apresentados a seguir. Optamos pelos textos que serão mencionados, visando tecer um fio explicativo sobre 'musicoterapia e psicanálise', demonstrando quão variada pode ser esta interlocução mas, ao mesmo tempo, buscando eixos temáticos conectores, especialmente aqueles mais diretamente vinculados aos textos freudianos. No entanto, sabemos que alguns deles são produções antigas e que seus autores, atualmente, podem apresentar outras maneiras de entender e atuar na musicoterapia.

Na França, Lecourt vem pesquisando e aplicando a musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica desde a década de 1970, e é dela um dos poucos artigos que aproximam os termos 'orientação psicanalítica' e 'musicoterapia'. (Lapoujade e Lecourt, 1996, p. 28). No Brasil, destacam-se os artigos e teses de Cirigliano. Convém mencionar que há outros profissionais no país atuando nesta perspectiva teórica, mas com menor número de publicações em fontes acadêmico-científicas. Da Inglaterra, destaca-se como um dos modelos mais importantes da musicoterapia, o formulado por Mary Priestley na década de 1960, cuja base teórica é essencialmente psicanalítica. Trata-se de uma obra extensa, cuja profundidade deve ser estudada em trabalhos posteriores. (Priestley, 1987; Na Argentina e com relevante papel na introdução da musicoterapia em vários outros países, como o Brasil, Rolando Benenzon é responsável pela formulação do Modelo Benenzon de Musicoterapia,

hoje reelaborado e renomeado como Terapia Não-Verbal. Este autor recorre à Teoria de Freud e à Winnicott para fundamentar seu pensamento teórico-clínico. Convém mencionar o teor eclético de seu trabalho, tendo em vista que se apoia, também, em teóricos de outras abordagens não-psicanalíticas, como Watzlawick e Jung. Sobre a combinação de teorias na obra deste autor, entendemos que uma leitura mais detalhista encontraria pontos conflitantes, já que elas são não apenas diferentes, mas em muitos aspectos, divergentes e inconciliáveis¹⁴.

A complexidade da combinação de dois campos de saber distintos já foi discutida e a interlocução destes dois, especificamente, suscita indagações, algumas delas propostas na literatura musicoterapêutica. Wigram et al. (p. 81) lançam a seguinte questão sobre a interseção 'musicoterapia e psicanálise':

A musicoterapia é psicanalítica? Tem sido um grande ponto de discussão dentro dos círculos psicoterapêuticos se a musicoterapia pode ou não ser caracterizada como psicanálise ou análise, quando interpretação e insight deixam de ser os fatores curativos centrais e quando as estruturas mentais deixam de ser entendidas através da Teoria da Libido de Freud. [Tradução nossa].¹⁵

E, de certa forma, respondem a esta questão apontando que a psicanálise, até por vir se interessando cada vez mais por "doenças regressivas", tem complementado ou substituído a interpretação por outros modos de atuação do "terapeuta". Os autores incluem entre estes outros modos de atuação, nos quais consideram que a interpretação não é a principal técnica, o *holding*, proposto por Winnicott, por exemplo. E afirmam que a musicoterapia tem um grande potencial ao favorecer a oferta do referido ambiente de *holding*. (Wigram et al, p. 2002, p. 81-82).

14 Já em 1914 Freud aponta e explica esta incompatibilidade, marcada, entre outros aspectos por: 1- Jung apresentar a teoria do psiquismo e, conseqüentemente, a ideia das moções inconscientes, de modo a dessexualizá-la; 2- a conceitualização de Inconsciente Coletivo por Jung, que diferia da essência do Inconsciente único, singular e individual postulado por Freud. (Freud, 2012/194, p. 195-233).

15 "Is music therapy psychoanalytic? There has been a great deal of discussion within psychotherapeutic circles on whether or not a therapy can be described as psychoanalysis or analysis, when interpretation and insight no longer are central curative factors, and when the structures of the mind are no longer understood thorough Freud's libido theory."

Pellizzari (1993, p. 47), também problematiza: “Psicanálise versus musicoterapia? Trata-se de dois discursos opostos ou antagônicos? [Tradução nossa].¹⁶ A autora, que neste livro apresenta clara orientação lacaniana¹⁷ para a clínica musicoterapêutica, argumenta que há diferenças significativas entre a atuação do psicanalista e do musicoterapeuta, especialmente no manejo da transferência.

A musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, é uma prática terapêutica que adquire contornos variados, mas de onde podemos cernir algumas características em comum. Há certos pressupostos que denotam tal articulação, que podem ser encontrados em vários textos. São eles: a similaridade entre a música (estruturada ou não) e o processo primário, a importância da sublimação como destino pulsional mais aceito socialmente e a musicoterapia como facilitador deste processo, a escuta da transferência e o seu manejo como parte fundamental do tratamento.

Laplanche e Pontalis (2004, p. 371) explicam que o processo primário pode ser entendido do ponto de vista topológico e do ponto de vista dinâmico. Do ponto de vista topológico, trata-se da caracterização do sistema inconsciente. Do ponto de vista dinâmico, trata-se de como a energia psíquica escoar livremente de uma representação a outra, através da condensação e do deslocamento. Benenzon é um dos autores que enfatizam a similaridade de características entre o que ele chama de contexto não-verbal e o processo primário.

Ruud (1990, p. 38), ao apresentar os fundamentos teóricos da orientação psicanalítica à musicoterapia, também menciona tal similaridade: “A música é considerada equivalente ao conteúdo manifesto do sonho e pode ser analisada e compreendida pelas mesmas técnicas que são aplicadas na interpretação do sonho e do chiste.”

Lecourt, abordando as práticas musicoterapêuticas “inspiradas” pela psicanálise, afirma que

¹⁶ “¿Psicoanálisis versus musicoterapia? ¿Se trata de dos discursos opostos o antagônicos?”

¹⁷ Convém informar que não é possível entender a orientação lacaniana em psicanálise a partir de uma direção única e consensual, sendo mais prudente afirmar que se trata de um entendimento de Lacan, entre tantos possíveis.

As duas características essenciais das práticas psicanalíticas são, por um lado, a importância dada aos processos inconscientes, e por outro lado, a análise da relação terapêutica (transferência e contratransferência). (Lecourt, 2011, p. 50). [Tradução nossa].¹⁸

Wheeler (1981) ressalta que a teoria psicanalítica é uma das primeiras fundamentações para a musicoterapia. Um dos argumentos apresentados pela autora para esta articulação é a facilidade da expressão através da música burlar a censura consciente e se dar com menor resistência. O outro argumento, aliado a este, é o alcance da música às “partes profundas da personalidade”. (Wheeler, 1981, p. 14). A autora afirma que os pressupostos psicanalíticos fundamentais no que chama de teorias psicodinâmicas são tornar consciente o que é inconsciente e, dentro deste mesmo processo, a relação transferencial.

Por outro lado, contestando a aproximação entre musicoterapia e os conceitos psicanalíticos, propriamente ditos (a Teoria da Libido, o aparelho psíquico em suas dimensões tópica e dinâmica, etc), Wigram et al afirmam que

A musicoterapia, no entanto, tem utilizado, principalmente, as **regras técnicas** e os **conceitos clínicos** desenvolvidos dentro da psicanálise clássica, em vez da teoria de Freud sobre a estrutura da psique. Dentro da teoria da musicoterapia, tem sido feita uma tentativa de adaptar essas **regras técnicas** e **conceitos clínicos** à realidade do *setting* musicoterapêutico, onde o principal instrumento é a música. (Wigram et al, p. 72). [Tradução nossa].¹⁹

Estes autores consideram como “regras técnicas” a “neutralidade, abstinência, atenção flutuante, consciência e escuta ativa.” (Wigram et al, 2002, p. 72). E consideram como “conceitos clínicos” a “transferência e contratransferência” e a “resistência e compulsão à repetição” (p. 76-81).

Sobre a importância do manejo clínico da transferência nos processos musicoterapêuticos orientados pela teoria psicanalítica, podemos afirmar como observação presente em todos os textos mencionados neste tópico (Wigram et al, 2002; Benenzon,

18 “Les deux caractéristiques essentielles des pratiques psychanalytiques sont l’importance donnée aux processus inconscients, d’une part, à l’analyse de la relation thérapeutique (transfert et contre-transfert), d’autre part.”

19 “music therapy, however, has primarily used the technical rules and clinical concepts developed within classical psychoanalysis, rather than Freud’s theory on the structure of the psyche. Within music therapy theory an attempt has been made to adapt these technical rules and clinical concepts to the reality of the music therapy setting, where the main instrument is music.”

2011; Lecourt, 2011; Pellizzari, 1993; Cirigliano, 2004, 1993; Ruud, 1990; Wheeler, 1981). No entanto, há diferenças significativas no entendimento de cada um sobre o tema, seja devido ao aprofundamento dedicado ao assunto, pela orientação pós-freudiana seguida, ou decorrente da leitura do próprio autor sobre transferência e musicoterapia.

Pellizzari (1993, p. 51-52) delimita uma diferença entre o manejo transferencial feito pelo psicanalista e o feito pelo musicoterapeuta orientado pela teoria psicanalítica:

... o musicoterapeuta pode escolher se coloca na dimensão da 'compreensão' ou na dimensão da 'análise'. Aparece agora uma nova questão que coloca a musicoterapia e a psicanálise em íntima relação de diferença. Enquanto na técnica psicanalítica o ato está delimitado e restringido pela lei da abstinência, na musicoterapia o ato constitui o nó fundamental da técnica. Por isso, a elaboração que o musicoterapeuta deve realizar no terreno transferencial é uma operação muito delicada. O fato de seu corpo estar implicado no jogo não impede, mas requer pôr em vigência a lei da abstinência do mesmo modo que o faz o psicanalista, já que é ela o que possibilita que se cumpra a condição da análise. [Tradução nossa].²⁰

A noção de 'contratransferência' é marcada com ênfase nos textos que estão sendo utilizados aqui. No entanto, o entendimento sobre ela varia de autor a autor. A dissertação de mestrado de Cirigliano tem como eixo esta noção, a partir da percepção do que a autora nomeou como "canção âncora" (2004). Esta ideia está vinculada do apoio (ao terapeuta) que propicia o movimento (na interação com o paciente). Parte da percepção da autora no papel de musicoterapeuta, de situações clínicas em que, então inconscientemente, sentia-se paralisada. E, então, lhe vinha à mente uma canção conhecida por ela. Quando a musicoterapeuta externalizava tal canção, percebia que o contato com o paciente se estabelecia. Já Pellizzari (1993, p. 50), também sobre contratransferência, a partir da leitura lacaniana, indaga: "Trata-se, então, realmente de uma contratransferência, ou melhor, de transferências recíprocas?" [Tradução nossa].²¹

20 ... el musicoterapeuta puede elegir colocarse en la dimensión de la 'comprensión' o en la dimensión del 'análisis'. Aparece ahora una nueva cuestión que coloca a la musicoterapia y al psicoanálisis en íntima relación de diferencia. Mientras que en la técnica psicoanalítica el acto está delimitado y restringido por la ley de la abstinencia, en la musicoterapia el acto constituye el nudo fundamental de la técnica. Por ello, la elaboración que el musicoterapeuta debe realizar en el terreno transferencial es una operación muy delicada. El hecho de que su cuerpo esté implicado en el juego no impide sino que requiere poner en vigencia la ley de la abstinencia, del mismo modo que lo hace el psicoanalista, ya que es ella la que posibilita que se cumpla la condición del análisis."

21 "¿Se tratará entonces realmente de una contratransferencia, o más bien de transferencias recíprocas?"

A comunicação de inconsciente a inconsciente, entre musicoterapeuta e paciente, pela via da música e de outros elementos, também é tema presente nos textos do campo híbrido aqui apresentado. A começar pelo modelo musicoterapêutico de Benenzon, que tem como eixo principal justamente esta comunicação, e ao que estabelece como objetivo principal da musicoterapia, ou seja “abrir canais de comunicação com o paciente” (Benenzon, 2011, p.23). Para este autor, a partir do entendimento do aparelho psíquico formalizado por Freud na primeira tópica – inconsciente, pré-consciente e consciente, a comunicação através do que nomeia como “contexto não-verbal” pode se dar de inconsciente a inconsciente, sem passar pelo pré-consciente e pelo consciente. Dessa forma (aqui apresentada resumidamente) o autor argentino formaliza uma explicação que sustentaria a já mencionada afirmação de Wheeler, de que a expressão através da música parece burlar a censura no psiquismo. Também Cirigliano (1993, p. 1773), ao formalizar a noção de “atenção flutuante musical”, propõe: “Em resumo, a atenção flutuante musical, aqui exposta, pressupõe a existência de dois inconscientes, que podem se comunicar musicalmente, em uma sessão musicoterapia.” [Tradução nossa].²² (Cirigliano, 1993, p. 1173).

Pensando no que há de semelhante entre práticas musicoterapêuticas com base psicanalítica, percebemos que, tanto Lecourt (2011) quanto Benenzon (2011), indicam **procedimentos técnicos** similares para o início do processo musicoterapêutico. Tratam-se das entrevistas preliminares, que incluem o levantamento aberto ou diretivo da história sonoro-musical do paciente, o teste receptivo (para Lecourt) e projetivo (para Benenzon) e o teste ativo.

Ainda sobre semelhanças entre leituras de diferentes autores, é indispensável mencionar que as experiências sonoras na vida pré-natal são consideradas como muito relevantes, deixando marcas por toda a vida. Sobre isso, Lecourt (2011, p. 152) é categórica ao afirmar que: “A história sonora do indivíduo começa com a gestação. Ela constitui a base

²² “En resumen, la atención fluctuante musical, aquí expuesta, presupone la existencia de dos inconscientes, que pueden comunicarse musicalmente, en una sesión de musicoterapia”

sensorial do desenvolvimento verbal e musical.” [Tradução nossa].²³ Assim como Benenson (1998, p. 51), que afirma que o que ele chama de “contexto não-verbal” tem origem na vida intrauterina, entre a mãe e o feto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo percorrido pontos significativos da história da musicoterapia e, entremeados a ela, a construção do conhecimento a que hoje se reconhece como musicoterapêutico, percebemos que há dois aspectos importantes a serem levados em consideração sobre essa prática profissional: o emaranhado epistemológico onde se situa a musicoterapia como ciência e a partir do qual alguns musicoterapeutas se inclinam a seguir pelo fio da psicanálise; e o potencial terapêutico da música e seu uso profissional sendo, cada vez mais, explicado cientificamente.

No esforço de tentar entender e apresentar a teia epistêmica que sustenta o que se conhece hoje como musicoterapia, optamos aqui por adotar o entendimento de Wigram et al, em acordo com Horden. Dessa forma, consideramos as práticas terapêutico-musicais de fundamentação religiosas e filosóficas como origem da musicoterapia, seguidas pela quebra neste discurso com a busca por cientificidade. Conforme foi exposto, entendemos que tal mudança começa a ocorrer a partir do século XIX, com as primeiras teses aliando música e saúde e com as práticas em instituições psiquiátricas. E que na década de 1940, com o interesse dos médicos e enfermeiros pelos efeitos da música sobre os doentes nos hospitais, percebemos a ênfase por esta busca, culminando na criação do curso de formação de musicoterapeutas em universidades.

Esta quebra, mais significativamente percebida na década de 1940, da magia e filosofia, para a medicina e ciência, explicita a musicoterapia como prática terapêutica a procura de teorias que fundamentem os efeitos considerados positivos nos pacientes atendidos. E ocorre que a psicanálise está entre as primeiras teorias nas quais os musicoterapeutas passaram a buscar conceitos para tentar entender o que percebiam na então nova prática clínica.

²³ “L’histoire de l’individu débute avec la gestation. Elle constitue la base sensorielle du développement verbal et musical.”

Apesar da predominância da teoria freudiana na fundamentação da clínica e do pensamento conceitual, na musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, notamos que esta se configura de modo diferente da clínica psicanalítica propriamente dita. Pois é uma clínica híbrida, conforme propõem Chagas e Pedro (2008) por reunir campos de saberes distintos: música e terapia, por um lado (já considerando a especificidade da música **como** terapia), e psicanálise e o que há de psicoterapêutico nela, por outro. A começar pela presença da música, dos sons e do silêncio no setting como via principal pela qual o paciente se manifestará e será escutado, diferentemente do protagonismo da palavra falada na clínica psicanalítica. Alguns direcionamentos técnicos identificados nos textos pesquisados também diferem dos procedimentos da clínica psicanalítica (aqui se assumindo o risco de generalizar uma prática diversificada, que é a clínica psicanalítica). Por exemplo, a proposta da entrevista para levantamento da história sonoro-musical do paciente, seguida pelos testes ativo e receptivo, mesmo que nos formatos menos diretivos, fogem, pelo menos nos primeiros contatos com o paciente, à regra técnica fundamental da psicanálise chamada de associação livre. Nas entrevistas iniciais musicoterapêuticas, qualquer condução do musicoterapeuta para o tema da música, com objetivo de conhecer a história sonoro-musical do paciente passa a ser um norte não espontâneo do paciente para a conversa que irá se desenrolar.

Notamos, também, que não é possível traçar generalizações sobre o uso de conceitos e noções psicanalíticos absorvidos por musicoterapeutas. Porque, como se viu, são apreendidos e reinterpretados a partir de leituras distintas. O que certamente repercute na clínica de cada profissional. No entanto, se podemos discernir bases comuns da psicanálise para as várias práticas musicoterapêuticas que se situam a partir desta teoria, cabe ressaltar o conceito de inconsciente postulado por Freud e a noção de transferência.

Outro aspecto presente em alguns textos apresentados é a busca por um simbolismo universal da música, aliada a argumentos psicanalíticos. No entanto, entendemos que, pelo fato de se tratar a psicanálise de uma clínica do singular, a relação música e psiquismo, quando observada a partir desta teoria, deve ser analisada mais no caso a caso, do que na busca por uma universalidade. Na clínica notamos que uma mesma música, numa mesma execução, pode assumir representações muito diversas em um grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, L.R.M. 40 anos urdindo e tecendo fios. In Costa, C. M. (org). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

_____. **Quaternos de musicoterapia e coda**. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

BARCELLOS, L.R.M. & SANTOS, M.A.C. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**. 1(1), p. 5-18, 1996. Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/12/1-A-Natureza-Poliss%C3%AAmica-da-M%C3%BAsica-e-a-Musicoterapia.pdf> Acesso em: novembro/2019.

BENENZON, R.O. **La nueva musicoterapia**. Buenos Aires: Lumen, 1998.

_____. **Manual de musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

_____. **Musicoterapia: de la teoría a la práctica**. 1ª edición ampliada. Madrid: Paidós, 2011.

BRUSCIA, K.E. **Definindo musicoterapia**. 3 ed. Tradução de Marcus Leopoldino. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

BUENO, F.S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 5 ed. São Paulo: Lisa, 1991.

CHAGAS, M. & PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade. - como sofrem os híbridos e como se divertem**. Rio de Janeiro: MauadX: Bapera, 2008.

CIRIGLIANO, M. M. S. A canção âncora. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano IX, n.º 7, p. 38-42, 2004. Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/11/5-A-Can%C3%A7%C3%A3o-%C3%82ncora.pdf> Acesso em novembro/2019.

_____. Atención fluctuante musical: una reflexión respecto al papel del musicoterapeuta. In **Anais II World Congress of Music Therapy** (p. 1166-1175). Vitoria-Gasteiz-Spain, 1993.

_____. Contribuições da análise de discurso e da psicanálise aos discursos do autismo. In **Anais do Seminário Interno de Pesquisas do Laboratório Arquivos do Sujeito**. 1(1), 2012. Disponível em <http://www.las.uff.br/periodicos/index.php/seminariointerno/article/view/10> Acesso em novembro/2019.

_____. Entre “chien et loup”: o autismo e o ponto de vista da psicanálise. In **Anais do Seminário Interno de Pesquisas do Laboratório Arquivos do Sujeito - UFF**. 3. p. 139-144, 2015. Disponível em <http://www.las.uff.br/periodicos/index.php/seminariointerno/article/view/50> Acesso em novembro/2019.

_____. **Uma pontuação possível aos discursos sobre autismo: a voz no autista– interlocuções entre análise de discurso, psicanálise e musicoterapia**. (Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagem), 2015. Disponível em https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3117/1/SECR-POS_UFF.pdf Acesso em novembro/2019.

CONDE, C. & FERRARI, P. A criação do curso de musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações. In Costa, C. M. (org). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

CUNHA, R. Conceituação em musicoterapia: temos fundamentos universais? In **Anais do XIX Fórum Paranaense de Musicoterapia e III Simpósio Paranaense de Pesquisa em Musicoterapia**. Nº 19, p. 25-32, 2018.

_____. Desafios da construção de conceitos na pesquisa em musicoterapia. In **Anais do XVIII Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Nº 18, p. 8-16, 2017. Disponível em https://055b1521-9fff-46a1-87d7-f732367761b7.filesusr.com/ugd/4d3564_0e8ad46bbb614f148c3b64e3d6f20c97.pdf Acesso em novembro/2019.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. O que é Musicoterapia? In **Associação de Musicoterapia do Paraná**. 1996. Disponível em <https://www.amtpr.com.br/musicoterapia> Acesso em novembro/2019.

FREUD, S. Contribuição à História do Movimento Psicanalítico. In **Obras completas, volume 11: Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (Trabalho original publicado em 1914).

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAPOUJADE, C. & LECOURT, E. A pesquisa francesa em musicoterapia. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro, Ano I, n. 1, p. 19-29, 1996.

LECOURT, E. **Freud e o universo sonoro: o tic-tac do desejo**. Goiânia: Editora da UFG, 1997.

_____. **La musicothérapie**. 3 ed. Paris: Eirolles, 2011.

MESSAGI, J. M. D. **A prática pedagógica do professor musicoterapeuta: implicações na formação do profissional**. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Mestrado em Educação). 1997.

PELLIZZARI, P. **Musicoterapia Psicoanalítica: el malestar en la voz**. Buenos Aires: Ricardo R. Resio, 1993.

PRIESTLEY, M. Music and the shadow. In **Music Therapy**. Vol. 6. N. 2. P. 20-27. Disponível em <https://doi.org/10.1093/mt/6.2.20> Acesso em março/2020.

_____. Music, Freud and the port of entry. In **Nursing Times**. 72(49). Londres, 1976. Disponível em <https://eurekamag.com/research/040/757/040757468.php> Acesso em março/2020.

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SAMUEL 1. In **A Bíblia de Jerusalém**. Nova edição revista. São Paulo: Paulinas, 1985.

WHEELER, B. The relationship between music therapy and theories of psychotehrapy. In **Music Therapy**. Vol 1, Issue 1, p. 9-16, janeiro de 1981. Disponível em <https://academic.oup.com/musictherapy/article/1/1/9/2757052> Acesso em novembro/2019.

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bond, L. O. (2002). **A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training**. London: Jessica Kingsley Publishers: London, 2002.

Recebido: 19/11
Aceito: 02/04

**ERA UMA CASA BEM BAGUNÇADA... UMA CANÇÃO DE
UM GRUPO DE MULHERES RESIDENTES EM UM ABRIGO
PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Hermes Soares dos Santos¹

Resumo: Este artigo apresenta um recorte da coleta de dados de uma pesquisa do mesmo autor intitulada *Contribuições da Musicoterapia Social e Comunitária no enfrentamento do sofrimento ético político de um grupo de mulheres vítimas de violência doméstica*. O objetivo deste recorte é mostrar como a construção de uma composição musical de um grupo de mulheres vítimas de violência doméstica contribuiu para refletir e enfrentar questões incômodas no viver cotidiano da casa-abrigo. Como forma de intervenção musicoterapêutica, foram utilizados durante as sessões as experiências musicais de Bruscia (2016): audição, recriação e composição musicais. A vertente teórica e prática utilizada foi a Musicoterapia Social e Comunitária, e escritos de autores como Arndt, Cunha, Volpi, Stige e Bruscia foram utilizados para a fundamentação teórica. Este estudo revelou como que o contexto da casa-abrigo com suas relações e regras influenciam diretamente no estado emocional das mulheres e mostrou a composição musical do como uma forma de enfrentamento desses aspectos a partir da reflexão dos sentidos e significados vinculados ao referido contexto.

127

Palavras-chave: Musicoterapia Social e Comunitária, sentidos e significados, contexto social.

¹ Professor do Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR-Campus Curitiba II/FAP. Mestre em Música pela Escola de Música e Artes Cênicas da UFG (EMAC-UFG); Bacharel em Musicoterapia (EMAC/UFG); Bacharel em Flauta Transversal pela Universidade de Brasília (UnB); Licenciado em Filosofia pela PUC-GO. Lattes: [1619832393419485](https://lattes.inct.gov.br/1619832393419485)

**IT WAS A VERY MESSY HOUSE... A SONG BY A GROUP OF WOMEN
RESIDING IN A SHELTER FOR VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE.**

Hermes Soares dos Santos

Abstract: This study is a cut from the data collection of a research by the same author entitled Contributions of Social and Community Music Therapy in facing the political ethical suffering of a group of women victims of domestic violence. The author aims to show how the construction of a musical composition of a group of women victims of domestic violence contributed to their reflections on troublesome issues of their relationships in the daily life of the shelter in which they reside. As a form of intervention during the data collection of this clipping, the musical experiences of Bruscia (2016), hearing, recreation and musical composition, were used during the sessions. The theoretical and practical aspect used for music therapy praxis was Social and Community Music Therapy and writings by authors such as Arndt, Cunha, Volpi, Stige and Bruscia were used for the theoretical foundation. According this, the performance of the music therapist can transpose the clinical and traditional space and reach wider limits within the social context where the influence of this context is marked for the subjects inserted in it. This study reveals how the context of the shelter with its relations and rules directly influence the emotional state of the subjects in question and shows the musical composition of the as a way of coping with these aspects from the reflection of the senses and meanings linked to the referred context.

128

Keywords: Social and Community Music Therapy, senses and meanings, social context.

INTRODUÇÃO

A violência contra qualquer sujeito em situação de vulnerabilidade tem sido, nos últimos anos, a motivação para a prática de pesquisa do autor deste artigo. Permanecer estático e omissos frente a atos opressores contra sujeitos frágeis em diversos aspectos sociais, como educação, finanças, etnia, sexualidade, gênero e moradia configura-se como cumplicidade e omissão quando há condições de enfrentar esse problema.

Dentro do aspecto gênero, muito recorrente na realidade brasileira, encontra-se a violência contra a mulher. Caracteriza-se “como qualquer ato violento que inclua ameaças, coerções, privação da liberdade (...) e que resulte ou possa resultar em danos nas esferas física, sexual e/ou emocional” (UNITED NATIONS, 1993 apud KRENKEL, S.; MORÉ, C., 2017, p. 771). Segundo indicadores mundiais, “30% das mulheres admitem já ter sofrido violência física e sexual por seu parceiro (...) e 38% dos assassinatos contra mulheres são cometidos por seu parceiro (...)” (WHO, 2014 apud KRENKEL, S.; MORÉ, C., 2017, p. 771).

No Brasil, a mídia televisiva e as redes sociais têm exposto um grande número de reportagens sobre atos criminosos contendo feminicídios e comportamentos misóginos², revelando um considerável aumento gradativo. Segundo o site Compromisso e Atitude,

(...) no 1º semestre de 2016, em 39,34% dos casos a violência ocorre diariamente; e em 32,76%, semanalmente. Isso significa que em 71,10% dos casos, a violência ocorre com uma frequência extremamente alta. Do total de relatos, 51,06% referem-se a agressões físicas e 31,10%, à violência psicológica. Em 39,34%, a violência ocorre diariamente, e em 32,76%, a frequência é semanal. Em 67,63% dos casos, as agressões foram cometidas por homens com quem as vítimas mantêm ou mantiveram uma relação afetiva. Esses dados foram divulgados no Balanço dos atendimentos realizados pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres (Compromisso e Atitude, 2019)

A violência contra a mulher não é atual. A condição inferiorizada da mulher foi construída juntamente com o paradigma do patriarcado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2007), marca evidente e referencial de muitas sociedades tradicionais. Porém, a entrada da linguagem dos direitos civis no final dos anos de 1970 no Brasil motivou a conquista feminina de postos e posições novos e intensificou a luta contra os padrões de assimetria de gênero, questionando, dessa forma, os limites do patriarcado.

² Feminicídio é o ato de homicídio cometido contra a mulher motivado por desprezo à sua condição feminina ou discriminação de gênero (misoginia). A lei 13.104/15 incluiu o feminicídio como qualificador do crime de homicídio no Código Penal Brasileiro, tornando-se conhecida como Lei do Feminicídio (PORFÍRIO, 2020).

Diante disso, o homem, principalmente o brasileiro, para se manter dominante na relação com a mulher, faz uso da violência, pois só a afirmação e argumentação de sua pretensa superioridade não são suficientes. Segundo Schwarcz (2019, p. 187), o sentimento de perda de privilégios por parte dos homens nos diversos espaços sociais “pode dar vazão não só a violência física, mas também a violência simbólica e moral”. Há aqui uma supervalorização dos papéis masculinos em detrimento dos femininos. E quanto mais se tornam independentes e autônomas, mais as mulheres sofrem reações misóginas. As taxas de feminicídio também crescem em relação proporcional ao alcance de postos mais elevados no trabalho e fora de casa.

Schwarcz (2019) ainda afirma que, na época da colonização brasileira, o número de colonizadores homens era superior ao das mulheres. Isso provocava o surgimento de violentas formas de relação sexual expressa em um provérbio muito popular na época que indicava a presença de uma hierarquia de gênero: “A negra no fogão, a mulata na cama, a branca no altar” (2019, p. 194).

Diante dessa realidade, algumas mulheres procuram em casas-abrigo, suportes para o enfrentamento do problema. Na década de 1970, surgiram os primeiros abrigos para mulheres em situação de violência motivados pelos movimentos feministas. O ativismo e as reivindicações “contribuíram para a visibilização das questões de gênero e apontaram para a falta de políticas públicas e (...) serviços” como garantias de direitos (KRENKEL, S.; MORE, C., 2017, p. 771).

As casas-abrigos possuem caráter temporário. São oferecidos nestes locais segurança e sigilo de sua localização para garantir a integridade física e psicológica de mulheres que se encontram em situação de risco quanto à violência e a ameaça de morte. Além disso, são administradas diversas ações cujo os objetivos são

promover o atendimento integral e interdisciplinar às mulheres e a seus filhos, especialmente nas áreas social, jurídica e psicológica; promover condições de reinserção social da mulher após sua saída da casa-abrigo, como trabalho e renda, moradia, creche para os filhos e inserção nos programas de saúde; informar à mulher quanto aos seus direitos e meios para exercê-los; oferecer um ambiente acolhedor para as mulheres visando ao exercício de sua autonomia e recuperação da autoestima, atuando como um importante dispositivo no conjunto de recursos para o enfrentamento da violência contra a mulher (BRASIL, 2011 apud KRENKEL, S.; MORE, C., 2017, p. 771)

Uma das dificuldades que as mulheres e seus filhos encontram nas casas-abrigo é a dificuldade de lidar com regras rígidas, fator causador de mágoa, frustração ou raiva, o que interfere na permanência no local (KRENKEL, S.; MORÉ, C., 2017). Neste trabalho, a dificuldade de convivência com o cotidiano da instituição e as relações com as colegas e seus filhos surgiu como a temática principal na composição construída pelas participantes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A casa-abrigo onde foi realizada a coleta de dados da pesquisa tem como um dos objetivos de suas ações a oferta de um ambiente acolhedor para recuperação da autoestima e exercício da autonomia de mulheres em situação de violência doméstica. A Musicoterapia, portanto, pode auxiliar neste propósito, pois possui dentre os seus objetivos o uso do som e dos elementos da música “para desenvolver potenciais (...) do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração (...) e (...) melhor qualidade de vida. (RUUD apud BRUSCIA, 2016, p. 282).

Na prática musicoterapêutica, existe uma vertente teórica e prática em expansão denominada Musicoterapia Social e Comunitária. Esta vertente foi escolhida para este trabalho de pesquisa devido ao fato de que as bases teóricas constituintes não consideram de imediato aspectos patológicos, e sim, aspectos sociais que desfavorecem a subjetividade do sujeito em um contexto social e comunitário.

Bruscia (2016, p. 215) define esta vertente como ecológica, por se referir à “promoção de saúde dentro e entre as diferentes camadas da comunidade sociocultural e/ou do ambiente físico”. Afirma também que os objetivos se estendem para além da relação terapeuta-cliente e inclui “muitas camadas de troca entre cliente e comunidade, terapeuta e comunidade, membros da comunidade e entre as próprias comunidades” (2016, p. 216)

Arndt, Cunha e Volpi (2016) definem alguns princípios fundamentais para a prática musicoterapêutica social e comunitária, a saber: criação de espaços para o sujeito participante biografar-se; o uso de materiais sonoros e expressivos para o investimento em relações comunitárias; a importância do contexto histórico-cultural; o foco nas possibilidades transformativas da realidade social; “a dinâmica relacional e sonora da prática musical” (ARNDT et al, 2016, p. 3).

Como exposto acima, na prática musicoterapêutica social e comunitária, um princípio fundamental é o contexto histórico-cultural. O espaço onde o sujeito estabelece relações influencia diretamente na forma como ele se relaciona consigo mesmo e constrói sua subjetividade de forma saudável ou não. Em um trabalho com funcionários e usuários em uma instituição psiquiátrica de internações breves, Maratos (2004) propôs ensaios e performances de um musical no qual o enredo era a crítica ao modelo clínico tradicional com regras rígidas que dificultava a proximidade entre pacientes e funcionários. O protagonista da peça é um professor de música e regente que é ameaçado de ser despedido por “perverter” a ordem e agitar os pacientes acalmados com medicação intensa. O objetivo da atividade foi otimizar e modificar a relação entre pacientes e funcionários e promover um ambiente onde a criatividade, o bom humor e a valorização do outro promovessem a otimização da saúde coletiva. Esse objetivo preconizado por Maratos (2004) se relaciona com um dos princípios citados acima por Arndt, Cunha e Volpi (2016): o foco nas possibilidades transformativas da realidade social.

A Musicoterapia Social e Comunitária não se caracteriza como um modelo oficial mundial, pois não possui técnicas e métodos definidos para essa práxis. Na literatura, encontramos diversos suportes teóricos distintos como fundamentação para atuação nesta área. Bruscia (2016) afirma que se trata de uma área relativamente nova, o que indica ainda pouco desenvolvimento de suas práticas e, conseqüente, apresenta dificuldade de definição, distinção e categorização das práticas relacionadas para essa área de atuação.

Neste trabalho, adotaremos fundamentações teóricas de Vygotsky (1992), Luria (1986) e de Stige (1998) citados por Camargo, Maheirie e Wazlawick (2007). Vygotsky coloca o significado da palavra como a parte mais estável, a parte generalista da palavra, compreendida pelo conjunto da sociedade. O sentido seria a particularidade da palavra, pois é parte da experiência de um sujeito em um contexto reduzido (LURIA, 1986 apud CAMARGO et al, 2007). Stige, um dos musicoterapeutas pesquisadores da área social e comunitária, com base na filosofia de Wittgenstein, traz a polissemia da palavra e da música dentro do contexto social. Reflexões de Stige e Ruud entendem a música e seus significados relacionados ao contexto social. Palavra e música dependem do jogo, do cenário

e dos movimentos de seus atores. Camargo et al (2007) afirmam que na Musicoterapia, é fundamental “fazer a leitura a partir do resgate dos movimentos e momentos que compõem a história de vida de um sujeito” (p. 112).

METODOLOGIA

Neste artigo será explanado um recorte da coleta de dados de uma pesquisa intitulada *Contribuições da Musicoterapia Social e Comunitária no enfrentamento do sofrimento ético político de um grupo de mulheres vítimas de violência doméstica*³. O objetivo é mostrar como a construção de uma composição musical de um grupo de mulheres vítimas de violência doméstica auxiliou-as a refletir sobre questões incômodas de seus relacionamentos no cotidiano do abrigo no qual residem. Esta composição foi construída durante duas sessões.

Foram utilizados os métodos musicoterapêuticos de audição, recriação e composição musicais (BRUSCIA, 2016).

Os instrumentos musicais utilizados foram violão (pelo pesquisador), bongô, caxixis, ganzá, xiquerê, chocalho, guizos. Os instrumentos utilizados para gravação da sessão e audição de canções foram gravador digital, *notebook*, celular com *bluetooth* com caixa de som.

A casa-abrigo em que foi realizada a pesquisa possui como foco a ação preventiva de risco a crianças e adolescentes em situação de risco junto com suas mães. Oferece retirada dessa situação sem romper o vínculo familiar, provimento de suas necessidades básicas, capacitação da mãe para o mercado de trabalho e acompanhamento social e psicológico para o retorno a sua moradia. É dada particular importância desse vínculo familiar para que não seja danoso para ambas as partes envolvidas: mães e seus filhos.

Os nomes das participantes expostos neste trabalho são fictícios: Maria, Paula, Roberta, Claudia, Rita e Cintia. Todas estavam albergadas juntamente com seus filhos em uma casa-abrigo em um bairro da cidade de Curitiba. Os encontros de Musicoterapia foram realizados às segundas-feiras no período noturno.

³ Esta pesquisa foi aprovada pelo CIP do Campus II da Unespar em 27 de fevereiro de 2019 pelo protocolo 0217/2019. Foi submetida ao Comitê de Ética da mesma instituição e aprovada pelo parecer 3.456.203 em 16 de julho de 2019. Seu período de execução é de fevereiro de 2019 a novembro de 2020.

Além do pesquisador musicoterapeuta na atuação, houve uma estudante de Musicoterapia e orientanda no programa PIC (Programa de Iniciação Científica) atuando na coleta de dados do trabalho.

O período noturno foi considerado o melhor para a execução do trabalho, pois as internas em sua grande maioria encontravam-se em casa junto com seus filhos. Esse período também foi considerado adequado para a realização da pesquisa da orientanda que tem como sujeitos os filhos dessas mulheres⁴.

A leitura dos dados colhidos durante a realização da composição foi feita com base nos conceitos de significados e sentidos fundamentados em reflexões de Vygotsky (1992), Luria (1986) citados por Camargo, Maheirie e Wazlawick (2007).

1° ENCONTRO

Na primeira sessão em que a canção começou a ser composta, participaram cinco mulheres, a saber: Maria, Paula, Claudia, Rita, Roberta. Em um dado momento, foi aplicado o método de Audição Musical e sua variação “Discussão através da canção” (BRUSCIA, 2016). Sugeriu-se que as participantes escolhessem canções para apreciar. Os objetivos desse método almejados para esse momento foram: “evocar estados e experiências afetivas; explorar ideias e pensamentos dos outros; (...) conectar o ouvinte à comunidade ou ao grupo sociocultural” (p. 133).

Logo após, as participantes sugeriram cantar um brinquedo cantado cuja letra trazia o nome de cada participante. Exemplo: “Refrão cantado por todos: A Maria pegou pão na casa do João. Foi você, Maria? Resposta de Maria: Eu não. Pergunta de todos: Foi quem? Resposta de Maria: a Roberta”. A partir daí a canção continuava com o nome da Roberta.

Foi percebido que as participantes escolheram canções evangélicas cuja a temática remetia a ideia de “casa”, bem como a canção sugerida acima. Diante disso, foi sugerida a construção de uma canção com esta temática, uma paródia, ou seja, a construção da letra da canção a partir de uma melodia já existente. As participantes optaram pela canção infantil “A casa”, de Toquinho e Vinicius de Moraes:

4 Este projeto de pesquisa, construído pela orientanda do Programa de Iniciação Científica (PIC) intitulado *A Musicoterapia como Recurso Mediador no Fortalecimento do Vínculo Familiar de Crianças e Adolescentes Situados em Contexto de Violência Doméstica*, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESPAR/FAP mediante o parecer 3.535.720.

Era uma casa
 Muito engraçada
 Não tinha teto
 Não tinha nada
 Ninguém podia
 Entrar nela, não
 Porque na casa
 Não tinha chão

Ninguém podia
 Dormir na rede
 Porque na casa
 Não tinha parede
 Ninguém podia
 Fazer pipi
 Porque penico
 Não tinha ali

Mas era feita
 Com muito esmero
 Na Rua dos Bobos
 Número Zero

Surgiram, então, diversas ideias que, após estruturação e consentimento de todo o grupo, gerou a seguinte letra:

Era uma casa bem bagunçada
 Muitas crianças desordenadas
 Mas era feita com muito amor
 Muita alegria e acolhedor

Ninguém tinha privacidade
 Muitas mulheres de várias idades
 Ninguém queria entrar nela não
 Mas se apegava com coração.

COMENTÁRIO

As discussões que produziram o conteúdo da letra giravam em torno do cotidiano da casa-abrigo e suas relações. O grupo apresentou de forma intensa necessidade de verbalizar e expressar emoções de insatisfação nas relações e na forma como o cotidiano da casa-abrigo era organizado. Enquanto expressavam ideias para o pesquisador expor na construção da letra, falavam sobre essas relações e acontecimentos bastante recorrentes no interior da casa.

Isto está exposto no trecho inicial: “era uma casa bem bagunçada, muitas crianças desordenadas”. Neste momento, elas falaram das bagunças das crianças e da intromissão das internas na forma como cada uma educava o seu próprio filho, um dado que causa bastante desconforto e conflitos.

Outro motivo de conflito está exposto no seguinte trecho: “Ninguém tinha privacidade, muitas mulheres de várias idades”. A falta de privacidade, o sentimento de que não tinham uma casa própria com seus próprios limites e regras, bem como a diferença de idade e de cultura de cada moradora eram também motivos de desconforto e conflito.

No entanto, havia o reconhecimento de que a casa-abrigo possuía aspectos positivos: “mas era feita com muito amor, muita alegria e acolhedor”. A palavra “acolhedor” foi colocada no gênero masculino para rimar com amor. No trecho “ninguém queria entrar nela não, mas se apegava com o coração”, havia a manifestação de sentimento de amor ao lugar apesar de não ser um lugar desejado: a casa-abrigo não é uma escolha, mas uma necessidade.

LEITURA DOS DADOS

A casa-abrigo apresentou-se para estas participantes como um lugar problemático diante dos desafios da convivência com conflitos no cotidiano. O *significado* (VYGOTSKY, 1992 apud CAMARGO et al, 2007) de casa, compreendido como moradia e lar, apresenta como *sentido* (LURIA, 1986 apud CAMARGO et al, 2007) um lugar ao qual se recorre diante necessidade e diante do fato de não se ter para onde ir, mas o qual é feito com muito amor. As internas sempre se referiam às relações, mesmo que em meio a conflito, construções onde havia amor e amizade.

2° ENCONTRO

O encontro iniciou-se com boas vindas entre os pesquisadores e os membros do grupo. Ao ser perguntado sobre como elas estavam, as participantes, sem exceção, trouxeram queixas em relação a casa. Claudia liderava a discussão, expressando suas

insatisfações que encontravam ressonância e concordância no grupo. Estavam muito insatisfeitas com a forma como a rotina da casa era estabelecida, com diferenças na forma de tratamento para as internas, bem como a dificuldade de convívio e tolerância entre elas.

Diante da dinâmica do grupo no momento, sugerimos continuar a composição iniciada na sessão anterior, cuja temática abordava conteúdos ressonantes com o momento desta sessão. Claudia foi a que mais sugeriu ideias para a composição da letra. O grupo chegou ao seguinte resultado:

Era uma casa bem bagunçada
muitas crianças desordenadas
mas era feita com muito amor
muita alegria e acolhedor

Ninguém tinha privacidade
muitas mulheres de várias idades
ninguém queria entrar nela não
mas se apegava com coração.

Havia farpas que machucavam
Na caminhada que elas estavam
E com seus filhos estavam ali
Buscando emprego até conseguir

Ninguém queria entrar nessa rede
Pois tem ouvido nessas paredes
Ninguém podia fazer pipi
Porque uma fila havia ali

Mas era feita com muito esmero
Na rua ...⁵ número zero

COMENTÁRIO

A partir do trecho “havia farpas que machucavam...” a melodia escolhida foi a do princípio da canção. Este mesmo trecho representava as dificuldades que, de um modo geral, sofriam devido à condição em que viviam: vítimas de violência doméstica e albergadas. O trecho “e com seus filhos estavam ali, buscando emprego até conseguir” representa a luta pela família que constituíram, especialmente pelos filhos cuja a criação assumiram praticamente sozinhas, algumas com o auxílio da família de origem.

⁵ O nome da rua foi omitido como critério de sigilo da localização para preservar a identidade das participantes.

O trecho “ninguém queria entrar nessa rede pois tem ouvido nessas paredes...” fazia alusão às conversas atravessadas, as fofocas e maus entendidos dos discursos diários. A seguir, o trecho “ninguém podia fazer pipi, pois uma fila havia ali...” fazia referência à falta de privacidade para ir ao banheiro, um cômodo da casa que todos os moradores precisavam compartilhar.

Logo em seguida, o trecho, “mas era feita com muito esmero na rua ... número zero”, mostrava o reconhecimento e gratidão da parte delas diante da oportunidade de sobrevivência que se apresentou a elas.

LEITURA DOS DADOS

Nestes trechos expostos acima, houve alusão ao sentido (LURIA, 1986 apud CAMARGO et al, 2007) já demonstrado na primeira estrofe da canção: a casa-abrigo não era um lar. Há amor e acolhimento, mas não havia sentimento por parte das participantes de pertencimento, por não era uma opção escolhida por desejo, mas por necessidade. No entanto existia gratidão por estarem ali lutando e enfrentando seus conflitos intra e interpessoais.

O termo “rede” indica que a casa-abrigo é uma rede de relações não desejada. A rede, no contexto de instituições que trabalham como apoio de pessoas em vulnerabilidade, possui o sentido de lugar onde há “ouvido nas paredes”, ou seja, lugar onde há escutas mal intencionadas e mal interpretadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo manifestou o desejo de utilizar o último dia da coleta de dados da pesquisa para apresentar a composição na instituição. Foi realizado uma apresentação e membros da gestão da casa, bem como colaboradores, participaram do momento.

A proposta da composição musical exposta acima foi sugerida pelo pesquisador a partir da dinâmica que o grupo expôs durante as duas sessões em que a atividade foi realizada. Percebeu-se que a temática exposta, os conflitos internos da casa-abrigo, exigia urgente expressão por parte do grupo.

Em leituras realizadas como fundamentação para a pesquisa da qual foi feito esse recorte, foram encontradas experiências de trabalho da área musicoterapêutica com essa clientela em que composições traziam conteúdos em que relatos de superação da violência contra a mulher surgiam nas letras das canções. Isso produziu uma expectativa de que essa temática iria surgir no decorrer da canção por parte do pesquisador. Curtis (2006), em uma experiência na qual construiu uma composição com uma mulher vítima de violência doméstica, mostra composições realizadas juntamente com elas. Eis um trecho abaixo:

O ardor no meu coração
Não é mais um dor
Você controlava a minha vida
Como um tumor canceroso
Agora eu tenho uma vida
Enquanto você continua um idiota⁶

Porém, o surgimento da temática presente na composição das moradoras na casa-abrigo sinalizou para uma realidade que não fora abarcada na elaboração do projeto que deu a origem a esta pesquisa. A construção desse artigo foi mobilizada pela necessidade de um resgate extra de informações a serem utilizadas como revisão de literatura para a continuidade da pesquisa. KRENKEL & MORÉ (2017) assinalam que a participação e empenho nas atividades realizadas nas casas-abrigo contribuem para a satisfação de vida nestes locais.

Diante disso, compreendeu-se que pesquisas de campo, bem como trabalhos de estagiários e profissionais da área musicoterapêutica social e comunitária precisam considerar a influência do contexto social e cultural na saúde dos sujeitos que o frequentam. Segundo Ruud (1988, 1998 apud BRUSCIA, 2016, p. 216), a Musicoterapia e a música “servem ‘a um importante papel aprimorando nossa qualidade de vida (...) o que fortalece nossa consciência emocional, estabelece um senso de ação, nutre o pertencimento e fornece sentido e coerência à vida”.

A concepção de sentido preconizada por Luria (1986 apud CAMARGO et al, 2007) pode ser relacionada com a citação de Ruud ao considerar como sujeito e/ou grupos de sujeitos compreendem os significados e sentidos são construídos no contexto. O sentido

⁶ The burden on my heart is/ no longer an ache/ You controlled my life like a cancerous mole/ Now I have my life/ but you're still an asshole.

de lar para as mulheres da casa-abrigo gera forte influência em suas emoções e interferem na relação entre elas e a gestão, influenciando diretamente em suas atitudes, metas, bem como na permanência até o momento necessário para o egresso.

Os sentidos destacados na leitura dos dados indicaram a necessidade de o grupo conduzir a discussão em outros momentos fora dos atendimentos de Musicoterapia. O grupo manifestou o desejo de apresentar a canção para outros sujeitos atuantes, como membros da gestão da casa-abrigo. Esse fato confirma as possibilidades preconizadas pela Musicoterapia Social e Comunitária: romper limites dos atendimentos clínicos e tradicionais e ocupar outros espaços mais ampliados, enfatizando assim, as “possibilidades transformativas da realidade social” (ARNDT et al, 2016, p. 3).

A análise realizada se ateve aos sentidos e significados destacados a partir da letra da composição. Pretende-se em escritos futuros realizar uma leitura musicoterapêutica a partir da análise da campo harmônico desta canção, constituída por progressões de acordes dentro do centro tonal e de acordes dominantes secundários que sustentam a melodia (GUEST, 2006). Estas características se encontram em diversas canções infantis, como “A casa”, e despertam sentidos e significados emocionais diversos em seus ouvintes. Será realizada uma revisão de literatura para coletar exemplos dessas canções e seus usos na prática musicoterapêutica. O intuito desses escritos será a leitura musicoterapêutica - a luz da teoria de Vygotsky e Luria sobre os significados e sentidos e da reflexão de Stige e Ruud sobre a música e seus significados no contexto social (apud CAMARGO et al, 2007) - da letra e da música desta canção e de outros momentos do processo musicoterapêutico das mulheres que participaram desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ARNDT, A. D.; CUNHA, R.; VOLPI, S. Aspectos da prática musicoterapêutica: Contexto Social e Comunitário em perspectiva. **Psicologia e Sociedade**. 28(2), p. 387-395, 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00387.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Tradução: Marcus Leopoldino. 3ª ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

CAMARGO, Denise de; MAHEIRIE, Kátia; WASLAWICK, Patrícia. Significados e Sentidos da Música: Uma Breve “Composição” a partir da Psicologia Histórico-Cultural. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 12, n 1. Jan./apr. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a12>>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

CAVALCANTI, Vanessa R. S.; OLIVEIRA, Anna P. G. Violência Doméstica na Perspectiva de Gênero e Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2007;17(1): p. 39-51.

CURTIS, S.L. Feminist Music Therapy: transforming theory, transforming lives. **Feminist Perspectives in Music Therapy**. Hadley, S. (org). Gilsum NH: Barcelona Publishers, 2006, p. 227-44.

DADOS nacionais sobre violência contra as mulheres. **Compromissoeatitude.org.br**, c2020. Disponível em: < <http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-nacionais-sobre-violencia-contra-as-mulheres/>> Acesso em 23 de março de 2020.

GUEST, I. Harmonia: Método Prático. Volume I. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Lumiar Editora, 2006.

KRENKEL, S.; MORÉ, C. L. O. O. Violência contra a Mulher, Casas-Abrigo e Redes Sociais: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2017, v. 37, n° 3, 770-783.

MARATOS, A. Whatever Next? Community Music Therapy for the Institution! In: **ANSDELL, G.; PAVLICEVIC, M. Community Music Therapy**. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

PORFÍRIO, Francisco. **Feminicídio; Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/feminicidio.htm>. Acesso em 20 de março de 2020.

Recebido: 20/11
Aceito: 02/04

ENTREVISTA

Araceli Onorio é licenciada em Musicoterapia, especialista em Técnicas Corporais Terapêuticas. Formada na Universidad del Salvador – USAL, em 1978 com o título de Musicoterapeuta, obtendo seu título como licenciada em Musicoterapia no ano de 2004, na mesma universidade. Formada na Escola de Psicologia Social Dr Enrique Pichón Riviere em 1981 e pós-graduada em Técnicas Corporais Terapêuticas na USAL, 2005. Mantém sua trajetória profissional colaborando com instituições no âmbito preventivo, comunitário e educativo, em todos os níveis. É professora e pesquisadora no Ensino Superior.

InCantare - Olá, Araceli. Muito prazer. Sou Andressa, musicoterapeuta brasileira. Como você está?

Araceli - Muito bem, muito bem.

InCantare - Ótimo, me conta como é seu trabalho, como você trabalha com a musicoterapia.

Araceli - Bem. O que você sabe sobre mim?

InCantare - Nada.

Araceli - Eu tenho 63 anos, ou seja, tenho muita experiência de vida e como musicoterapeuta. Fui a terceira geração de musicoterapeutas da carreira da Universidad del Salvador. Me graduei no ano 79. Depois disso, tive a sorte de ser convidada para trabalhar com o Doutor Benenzon, não sei se você tem algum livro dele?

InCantare - Sim, sim.

Araceli - Ele me convidou para trabalhar no seu centro e trabalhei três anos com a estimulação de crianças autistas, mas apareceu uma oportunidade junto com o pai dos meus filhos que é musicoterapeuta também, para ir trabalhar no México. Estive trabalhando lá por 16 anos.

InCantare - E agora você está em Buenos Aires?

Araceli - Sim, entre 1997 e 1999 voltei para Buenos Aires. Até então estive trabalhando no México e foi ali que comecei a desenvolver o trabalho na musicoterapia social. Aqui trabalhei com a clínica. Eu sou psicóloga social além de musicoterapeuta e sempre tive interesse em trabalhar o social na musicoterapia. Comecei a fazê-lo quando morava no México, então devo ser uma das primeiras musicoterapeutas a trabalhar o social porque todas as pessoas que começaram na área social na Argentina, começaram depois, primeiro trabalharam na clínica. Isto aconteceu nos últimos anos quando eu não morava na Argentina. Então, comecei a trabalhar lá. Fui contratada pelo Estado no Desenvolvimento Integral da Família - DIF, no estado de Tabasco, perto do golfo do México. Ali trabalhei 16 anos e desenvolvi a parte social tanto em residenciais como com crianças em situação de rua.

InCantare - Perfeito.

Araceli - Comecei ali. Depois decidi voltar por diversos motivos. O pai dos meus filhos ficou no México. Eu voltei com meus filhos para Buenos Aires. Tinha como assinatura pendente me graduar no bacharelado porque quando viajei para México não existia o bacharelado na Argentina. Quando voltei, a Gabriela Wagner me convidou...ela foi presidenta da World Federation of Music Therapy - WMTF e da Associação Argentina de Musicoterapia. Uma excelente profissional e pessoalmente eu a aprecio muito, temos muitos anos de amizade. Ela foi quem me solicitou que eu fizesse o bacharelado em exceção porque já tinha muitos anos como musicoterapeuta. Ela estava na Universidade de El Salvador onde tinha este bacharelado de exceção onde eu poderia assistir já que tinha muitos anos como musicoterapeuta fora do país. Me graduei e conheço a Patricia Pellizzari, ela foi docente no curso de bacharelado que fiz e conheço também, uma nova geração de musicoterapeutas comunitários e como elas os chama, em prevenção. Fiz minha pesquisa com um colega, Oscar Fernández, dentro do que seria “a diferença entre o olhar do professor de música e o olhar do musicoterapeuta no âmbito educativo”. Fizemos a pesquisa e a tese. Nesse momento da tese, aconteceu o Congresso Mundial de Musicoterapia aqui na Argentina. Eu trabalhava na secretaria da ASAM - Associação Argentina de Musicoterapia, e estava encarregada de receber todos os trabalhos e consultas de todos os musicoterapeutas que

se inscreveram no congresso. Fui também a secretária do congresso e não consegui dormir durante um ano inteiro porque recebia as ligações e mensagens de todos os lugares e tinha que responder tudo. Ninguém podia ficar de fora. Fui parte dessa odisséia, a presidenta foi Gabriela Wagner, Patricia era parte da comissão de recepção de trabalhos, era uma equipe muito linda. Foi muito trabalho. Partindo disto, foi aberta a carreira de musicoterapia na UBA (Universidade de Buenos Aires) e fomos convidados, Oscar Fernández e eu para apresentar esta pesquisa na universidade. A reitora assistiu a nossa apresentação porque tinham interesse em que esta assinatura fosse parte do bacharelado. Então, fomos contratados pela universidade e damos aula de Musicoterapia no âmbito socioeducativo. Eu sou responsável pela prática e Oscar pela parte teórica. Ao mesmo tempo, ao entrar na UBA, fui convidada para formar parte do estágio educacional e comecei a trabalhar como JTP (chefe de trabalho prático). Como JTP comecei a trabalhar nas escolas regulares do Estado, não de educação especial, em bairros marginais e ali faço uma pesquisa na que se baseia um livro meu chamado Musicoterapia Social.

InCantare - Perfeito.

Araceli - O que queria te contar é que meu âmbito de trabalho é nos centros comunitários, numa escola especial e num jardim de infância, e diferentes lugares onde pode acontecer o estágio. Ao trabalhar com os estudantes, um dos trabalhos que tenho é como professora de educação superior dando aula para estudantes que darão aulas no nível inicial, especial e normal. Então, fui convidada para participar de um projeto chamado "*Cultura de pasillo*", você pode conhecê-lo por meio da página do projeto na internet. Fomos convocados e pediram assessoramento para uma oficina de percussão e começamos a trabalhar durante dois anos com os estágios. Surge então um livro da EUDEBA chamado "*Cultura de pasillos. Análisis de una experiencia sociocomunitaria*". A editorial é da Universidade de Buenos Aires, somente eles vendem os livros. A partir deste trabalho que fiz com as crianças da escola regular, a escola de Avellaneda, deste seguimento que fiz por dois anos, as crianças de segundo ano se chamaram a eles mesmos "os dinossauros". Eu perguntei, por quê? Eles responderam que era porque eles eram fortes e poderosos. Percebi que essa fortaleza que aparentavam ter era uma defesa contra

a marginalização que a mesma escola aplicava neste grupo. Então, este grupo que eu tinha que “atender” segundo a escola, que não tinha limites, que transgredia as normas, infelizmente eles se sentiam agredidos pela situação. Não se sentiam compreendidos. Eu tomei isto como amostra do que acontecia na maioria dos grupos de crianças das escolas marginadas onde não tinham contenção dentro da escola. Então, trabalhamos com este grupo, os dinossauros, e consegui entender como ao longo dos encontros (não falo de sessões, falo de encontros de musicoterapia e não falo de prevenção, falo de promoção de saúde). A partir disto, desta diferença que foi chave, conseguimos acompanhar este grupo na transformação das crianças que se sentiam agredidas e precisavam agredir, em crianças que se sentiam contidas e conseguiam produzir entre eles, como grupo para se fortalecer e mostrar aos outros que tinham também coisas para apresentar e que podiam ser criativos. Isto foi o motivo de trabalho com eles. Ao mesmo tempo, eu estudava a especialização em pedagogia social. Pensei que como musicoterapeuta e psicóloga social, faltava este aspecto, a compreensão da pedagogia social. O que acontecia na escola? Qual a nova forma de olhar a escola e o pedagógico dentro da escola? Este novo olhar me foi dado pelo Paulo Freire, você deve conhecer, a educação popular que aqui na Argentina é muito bem trabalhada pela Claudia Karol e o trabalho da Violeta Nuñez, uma pedagoga social que teve que sair exilada da Argentina e cria a Universidade de Pedagogia Social em Barcelona. Esta é uma nova escola na área da pedagogia social para poder compreender o que está acontecendo dentro das paredes da escola hoje, que não é a mesma coisa que estar na escola num outro momento histórico. Então, este trabalho que eu fazia coincide com o trabalho que estudei na FLAXO (faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais) que tem filiais em diferentes lugares da América Latina. Este curso que fiz é a aplicação na escola da psicanálise, ou seja, uma psicanálise aplicada, não fazer psicanálise dentro da escola, mas fazer uma leitura da escola desde a psicanálise, entende? É complexo mas isto me permitiu compreender a musicoterapia social desde estes três pontos de vista, o primeiro é como se fundamenta a musicoterapia social desde a pedagogia social, segundo, como se fundamenta dentro da psicologia social e dentro da musicoterapia social. Isto me permitiu entender o que chamo de musicoterapia social e abrange o sociocomunitário.

InCantare – Sociocomunitário?

Araceli - O sociocomunitário seria poder entender a musicoterapia em promoção de saúde, não como musicoterapia preventiva. Por um lado, na promoção de saúde e por outro um olhar que tem a ver com prover ferramentas e que o musicoterapeuta seja acompanhante do processo que somente o grupo conhece e deseja. Não o que eu planejo. Eu não planejo nenhum processo, eu acompanho o grupo no que ele deseja. É um pouco o que a Maritza Montero coloca para a psicologia comunitária. Ela diz que tem que acompanhar as comunidades e não somos nós que marcamos o rumo da comunidade, é a comunidade que pede o acompanhamento para o rumo que quer seguir. Agora, a determinação para que eu acompanhe uma comunidade ou grupo é que esteja dentro do marco dos direitos humanos. Então, se eu acompanhar um grupo, uma comunidade que deseja alcançar estes objetivos, mas se afasta dos direitos humanos, ou seja, se tem falta de respeito ou se há um caminho diferente, então eu retiro meu apoio e me afasto.

InCantare - Tenho uma dúvida, o objetivo desta musicoterapia sociocomunitária é ajudar na luta pelos direitos humanos em linhas gerais?

Araceli - Primeiramente o objetivo é a promoção de saúde nos âmbitos educativos e comunitários. O objetivo principal é a escuta. Se não tiver escuta, não há compreensão nem diálogo. Então, nosso trabalho é pela escuta. Uma escuta significa aprender a escutar. Nos escutar nós mesmos e escutar o outro, que não é fácil. Então, primeiro objetivo é a promoção de saúde. Segundo, essa promoção vai acontecer pela musicoterapia quando colocamos como ponto fundamental a escuta. Depois da escuta, vem aquilo que interessa ao grupo ou ao comunitário. Eu não me importo com o que a escola quer com esse grupo, me importo com o que o grupo quer. Eu sou contratada para trabalhar com o grupo de segundo e terceiro grau e a escola me diz que esse grupo não tem regras, diz que não tem limites, que é mal educado, diz que não valora a bandeira por exemplo. Eu não vou negar o que a instituição fala. Vou perguntar a esse grupo o que está acontecendo que a instituição pensa isto deles, mas não vou trabalhar para que eles mudem como eles são para deixar a instituição feliz. Vou tentar que eles entendam que se querem ficar dentro da escola ou da instituição, tem que saber que tem regras e não podem ficar surpresos

de que a instituição peça algumas coisas a eles. Vamos dialogar e entender por que eles se comportam de determinado jeito, o que está acontecendo, quais coisas deveriam falar com a instituição e que coisas pedir, isto é o que vamos ver tratar na musicoterapia. Quer dizer que a instituição soa de determinado jeito, soa falando tal o qual coisa, bem, como eles soam? Como eles se fazem escutar? Então, eu sei que todo grupo tem diferentes momentos durante um processo. Sei que vai ter um grupo no início que frente a quaisquer situações de processo, não vou falar terapêutico, processo de saúde com olhar terapêutico, vai se defender. Sei isto porque todo grupo vai se defender. Primeiramente, o grupo vai ficar em bandos e não vai deixar ninguém entrar ali. Eu tenho que respeitar isto. Nesta primeira etapa de respeito, eles vão observar que eu os respeito e os escuto e valorizo suas produções. Então vai chegar um momento que vai ter uma quebra, mas não minha. A quebra vai acontecer pelo grupo mesmo. Quando surge esta quebra vai surgir uma diferenciação. Não são mais indiferenciados, vão se diferenciar. Por exemplo, alguém vai falar: “não quero cantar esta música”, “a gente já cantou isso, eu quero uma outra” e é ali que eles começam a se diferenciar. Isto é bom, é saudável porque o grupo começa a mostrar as suas diferenças e é ali que aparecem as subjetividades. As subjetividades não vão aparecer dentro de uma massa global [...] vão começar a se distinguir. Eu chamo esse primeiro momento da metodologia, o momento de olhar e escutar e somente faço isso. Olho e escuto e as vezes leva muito tempo, vários encontros. Então, você vai me perguntar se eu proponho, Não! Eu não proponho. Eu só proponho a criação de situações para eles se mostrarem. Por exemplo, vou pedir para eles se juntarem formando três grupos como eles quiserem e vou pedir para cada grupo apresentar uma produção sonora no aqui e agora, qualquer uma, como eles gostem. Pode ser uma canção, um jogo musical, o que eles gostem, o que queiram, o que sintam vontade. Então, eles se sentem com a liberdade de escolher. Primeiramente a liberdade para se escolherem entre eles, eu proponho que se juntem de certo jeito, mas eles podem fazer isto como eles gostem. Segundo, peço para apresentarem o que eles sintam vontade de apresentar e cada um vai apresentar alguma coisa. Alguns apresentaram uma canção, outros um jogo musical, outros uma parlenda, outros não conseguiram apresentar nada. Nada do que os grupos apresentam significa que o grupo é de tal ou qual jeito. Significa que o grupo está me mostrando diferentes aspectos

que tem e que funciona e atua como grupo, entende? Eu continuo respeitando o que eles querem apresentar. Primeiro, eu tiro do meu vocabulário a palavra intervenção. Devo ser a única musicoterapeuta no mundo que apaga a palavra intervenção do seu vocabulário e sou conseqüente. Você vai perguntar, por quê? Porque a palavra intervenção é usada por efeito e defeito. Outros utilizam intervenção, os psicólogos utilizam intervenção, nós também usamos, sem analisar o significado.

InCantare - Qual palavra você utiliza?

Araceli - Penso que a palavra intervenção, se eu procuro no dicionário, vem da operação cirúrgica. Então eu corto um pedaço de algo e opero. Isto seria a intervenção desde meu ponto de vista. Agora, no social, a intervenção é o que tem ferido a América Latina durante a sua história. Governos tem intervindo, tem intervindo em situações democráticas. Tem se intervindo. As forças armadas intervêm e não gosto de utilizar uma palavra que está misturada com esse tipo de questões impositivas na nossa América. Então, como fala Violeta Nuñez e Maritza Montero também, a palavra é participar. Nós participamos desde um rol diferente, o de coordenador musicoterapeuta, desde ali participamos, mas não temos o direito de intervir num grupo. Tenho elementos para participar, me formei para isto, para participar desde meu papel porque eu não participo como integrante do grupo, entende?

InCantare - Sim, adoro esse ponto de vista.

Araceli - Não participo porque não sou parte do grupo de crianças ou de adolescentes ou dos adultos. Eu sou parte da equipe técnica. Como parte da equipe posso participar segundo meu papel. Então, eu não tenho motivos para intervir, eu sei que vou participar. Meu primeiro ponto na metodologia vai ser escutar, nesse momento inicial de olhar e escutar, simplesmente vou propor que o grupo se apresente com a maior confiança possível. Por exemplo, estamos com um grupo de crianças com instrumentos no centro, no terceiro encontro. Eu proponho cantar uma canção, eles escolhem uma, muito cuidadosos escolhem uma que se canta na escola. Todos cantamos a canção porque eles insistem que eu cante junto, então eu canto. Deixo os instrumentos no centro e não falo mais nada. Fico em silêncio, coisa que muitos não fazem. Espontaneamente, eles pegam nos instrumentos

e começam a cantar algo que aqui na Argentina é conhecido como “*canto piquetero*”, de “*piquete*”, cortar as ruas e fazer um “*piquete*”. Eles cantam “*pi – que – teros carajo! Pi – que – teros carajo!*” que é o que os “*piqueteros*” cantam quando cortam as ruas. Eles são filhos de “*piqueteros*”, ou seja, a sua identidade neste momento é essa. Sua identidade sonora era essa mais do que a canção que aprenderam na escola, entende? Porque isto surgiu espontaneamente. Então, começam a surgir o que a Patricia chamou os modos vinculares. Patricia Pellizzari fala dos modos vinculares, bom, eles começam a surgir e aparecem como uma banda, todos somos iguais. Somos todos *piqueteros*, todos iguais, não nos diferenciamos e para que fique claro estamos contra você, entende? E eu não fico brava, nem fico surpresa. O que vou fazer sempre é colocar eles no enquadre, o que é fundamental para mim, colocar eles no enquadre do nosso trabalho, ou seja, estamos aqui neste momento, sentamos no círculo e enquanto a gente estiver aqui, vai trabalhar e o que acontecer aqui não sai para fora. Vocês podem contar, mas a gente como equipe não. Se eles falarem palavrões, aqui serão contidos. Não vamos falar que é errado, mas tem que lembrar que a escola tem regras da porta para fora. No segundo momento, que acontece depois de vários encontros quando surge esta quebra e começa a diferenciação, é o momento da compreensão. Na compreensão é o momento de compreender qual é o sentido do que eles tentam mostrar, do que eles cantam, do que eles tocam, do que executam. Neste momento de compreensão é quando eu começo a pensar do que é que serve a teoria, ou seja, para quê. Se este grupo se apresenta desta forma então posso entender que tudo aquilo que eu estudei serve para trabalhar com eles. Ali chega o momento de participar, ali é onde vou participar com propostas que acho que podem servir para que o grupo chegue ao objetivo. Qual é o objetivo de um grupo na escola? Porque os objetivos mudam. Acho que se uma vez que eles consigam escutar e se escutar, vão se respeitar. Quando sentem que eu os escuto, irão se sentir valorizados, quando dou elementos, irão se sentir mais fortes. Então, o fortalecimento, a prevenção, a comunicação com as vias saudáveis vão dar como resultado um aprendizado, mas não um aprendizado cognitivo, um aprendizado dos modos vinculares e isso é o que procuramos. Qual é o aprendizado que este grupo tem que ter dentro da escola? Bem, tentar estar melhor entre eles na aula, compreender melhor a professora considerando o que acontece com ela. A gente trabalha na musicoterapia sem a professora,

trabalhamos a mochila que a professora leva. Trabalhamos com o que ela carrega, o que ela tem dentro. Então, quando compreendem o que acontece com a professora quase que vão para a aula beijá-la e a professora não entende o que está acontecendo. Porque eles olham a professora a partir de um outro lugar, a partir do que acontece para que ela esteja brava com eles, por exemplo. É ali aonde a participação tem a ver com o que eles estão precisando para transformar seu modo vincular entre eles e com a escola, mas basicamente entre eles. Os guris de cultura de corredor que viram adolescentes, num bairro marginal que estava qualificado como o bairro mais perigoso de Buenos Aires, saiam na pracinha para tocar, você sabe como tocam os guris de cultura de corredor? Tocam com baldes de tinta. Não tocam tambores, tocam com lixo, baldes de metal. Essa é a sua identidade sonora. Eu não posso tirá-los dessa identidade, não posso, não tem sentido porque essa é a sua identidade sonora e tenho que respeitá-la. No início eles não tinham uma boa comunicação para produzir com os baldes alguma coisa positiva, como falaria o professor de percussão. Enquanto fomos trabalhando na musicoterapia, eles foram entendendo quais eram os seus vínculos entre eles e o porquê de não se escutar. Eles não se escutavam. Aprenderam a se escutar e a partir disso começaram a se relacionar de um jeito diferente. Agora eles saem para a praça do chamado “bairro mais perigoso” e tocam e não acontece nada com eles. As mães vão escutar eles e levam as crianças para brincar e escutar eles tocando. Então, partindo destas pesquisas, consegui montar uma metodologia de trabalho.

InCantare - Você chama de musicoterapia sociocomunitária? Ou social?

Araceli - Acho que a musicoterapia é social, mas cuidado...tem que definir o que é musicoterapia social e o que tem dentro dela. Por exemplo, não consigo pensar num processo musicoterápico que não tenha nenhum tipo de enquadre, ok? Tem que ter um enquadre, pode ser a rua, a escola, o lar mas tem que ter um enquadre porque o enquadre vai permitir a leitura dos processos musicoterápicos que acontecem dentro dele. Então, se eu cortar a rua e tocar frente aos carros e depois vou embora, não posso chamar isso de musicoterapia social. Por exemplo, se alguém cortar a rua, alguém que se para frente dos

carros e toca, um grupo tocando enquanto o sinal está fechado, depois o sinal abre e eles vão embora, não posso chamar isso de musicoterapia social. Eu não acho que isso seja musicoterapia social.

InCantare – Esse seu projeto da escola está acontecendo atualmente?

Araceli - Totalmente. Neste momento temos o projeto da escola laboral que pertence a educação especial, mas para jovens. São jovens que podem se formar num trabalho. Eles têm entre 18 e 25 anos e tem musicoterapia já faz um ano. Você está convidada a participar de alguns encontros para você vivenciar e conhecer um pouco da metodologia que utilizamos. A melhor coisa é estar e vivenciar. A parte teórica serve, mas vivenciar...

InCantare - Perfeito. Adoro seu trabalho. Muito obrigada por falar comigo e compartilhar a sua experiência. Até logo.

Araceli – Até logo, prazer Andressa.

A entrevista foi realizada no dia 05 de dezembro de 2017 por Andressa Dias Arndt¹, como parte de sua pesquisa de doutorado, orientada por Kátia Maheirie². A transcrição e tradução da entrevista foi feita por Paula Meliante³.

1 Graduada em Musicoterapia pela Universidade Estadual do Paraná, Campus de Curitiba II - FAP. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Trabalha como professora adjunta na Universidade Estadual do Paraná, Campus de Curitiba II – FAP, Brasil.

2 Doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil (2001). Professora Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

3 Paula Meliante é musicoterapeuta, professora e coordenadora do Bacharelado em Musicoterapia no CE-DIIAP (Montevideu, Uruguai).

ENTREVISTA

Araceli Onorio es licenciada en Musicoterapia, especialista en Técnicas Corporales Terapéuticas. Egresada de la Universidad del Salvador – USAL, en 1978 con el título de Musicoterapeuta obteniendo la Licenciada en Musicoterapia en el año 2004 en la misma Universidad. Egresada de la Escuela de Psicología Social Dr Enrique Pichón Riviere en 1981 y del Postgrado en Técnicas Corporales Terapéuticas en la USAL, 2005. Continúa su trayectoria profesional colaborando con Instituciones oficiales en los ámbitos preventivos, comunitarios y educativos en todos los niveles. Profesor-Investigador en Educación Superior.

InCantare - Hola, mucho gusto, soy Andressa, musicoterapeuta brasileña. ¿Cómo estás?

Araceli - Muy bien, muy bien.

InCantare - ¡Perfecto! Entonces, cuéntame, ¿cómo es tu trabajo? ¿Cómo trabajas con la musicoterapia?

Araceli - Bueno, tu ¿qué sabes de mí?

InCantare - Nada.

Araceli - Yo tengo 63 años, o sea que tengo mucha experiencia de vida y de musicoterapeuta. Yo fui la tercera generación de musicoterapeutas de la carrera de la Universidad del Salvador. Yo me recibí en el año 79. Después de eso, tuve la suerte de ser invitada a trabajar con el doctor Benenzon, no se si tienes algún libro de él.

InCantare - Si, si

Araceli - Él me invitó a trabajar en su centro y allí trabajé tres años con la estimulación de niños autistas, pero se dio una oportunidad con el padre de mis hijos, que también es musicoterapeuta, para ir a trabajar a Mexico. Entonces estuve trabajando en Mexico por 16 años.

InCantare - ¿Ahora estas en Buenos Aires?

Araceli - Si, entre el 1997 y el 1999 yo regreso a Buenos Aires, pero hasta esa época estuve en Mexico y allí es donde empecé a desarrollar el trabajo de musicoterapia social. No lo había hecho aquí porque trabajaba en clínica. Además de musicoterapeuta soy psicóloga social y siempre me interesó trabajar lo social en musicoterapia. Empecé a hacerlo cuando estaba viviendo en Mexico, así que debo ser una de las primeras musicoterapeutas en trabajar lo social porque toda la gente que empezó a hacerlo en Argentina, fue posterior, porque empezaron trabajando con la clínica. Fue en los últimos años porque no estaba en Argentina. Bueno, empecé a trabajar allá. Me contrataron para el Estado en lo que se llamaba, se llama todavía Desarrollo Integral la Familia, DIF, en el Estado de Tabasco, cerca del Golfo de México y allí trabajé durante 16 años y desarrollé toda la parte social tanto en casa hogar como con niños de la calle.

InCantare - Perfecto.

Araceli - Ahí fue mi inicio. Luego decidí regresar por varios motivos. El padre de mis hijos se quedó en México. Yo me volví con mis hijos a Buenos Aires. Tenía el pendiente de terminar mi licenciatura porque cuando yo partí a México no existía la licenciatura en Argentina. Cuando volví me invita Gabriela Wagner... Ella fue la presidenta de la World Federation of Music Therapy - WMTF y presidente de la asociación argentina de musicoterapia. Excelente profesional y personalmente la aprecio mucho porque tenemos muchos años de amistad. Ella fue la que me pidió que yo hiciera la licenciatura en excepción porque ya tenía muchos años de musicoterapeuta y ella estaba en la universidad del Salvador esta licenciatura de excepción a la que yo tenía derecho porque tenía muchos años de musicoterapeuta en el exterior del país. Terminé la licenciatura, ahí la conozco a Patricia Pellizzari, ella fue docente en un curso en la licenciatura de excepción y allí me contacto con una nueva generación de musicoterapeutas comunitarios y como ella los llama en prevención. Hice mi investigación con un compañero, Oscar Fernandez, la hice dentro lo que sería "la diferencia de la mirada del profesor de música y la del musicoterapeuta en el mismo ámbito educativo". Por ese motivo hicimos la investigación e hicimos la tesis. Esa es la tesis que hicimos y en ese momento se hizo en Argentina el congreso mundial de musicoterapia. En ese momento

yo estaba como prosecretaria de ASAM - Asociación Argentina de Musicoterapia, me tocó recibir todos los trabajos y consultas de todos los musicoterapeutas que se inscribieron en el congreso. También me tocó ser la prosecretaria del congreso, con lo cual no dormí durante un año entero porque recibía llamadas y mensajes de todos lados y tenía que mandar las fórmulas de como inscribirse y no podía dejar a nadie afuera. Formé parte de esa odisea, la presidenta fue Gabriela Wagner, Patricia estaba en la comisión de recepción de los trabajos, fue un equipo muy lindo. Fue mucho trabajo. A partir de allí hay una apertura de la carrera de musicoterapia en la UBA y nos invitan con Oscar Fernandez a presentar esta investigación en la Universidad de Buenos Aires. Nos fueron a ver hasta la rectora porque estaban interesados en que esta materia formara parte de la curricula de la licenciatura. A partir de eso nos contrata la Universidad de Buenos Aires y estamos dando la cathedra Musicoterapia en el ámbito socioeducativo, con Oscar Fernandez, yo estoy a cargo de la parte práctica y él de la teórica. Simultáneamente, al entrar en la Universidad de Buenos Aires, me invitan a formar parte de la pasantía educacional y empiezo a trabajar como JTP (jefe de trabajo practico). Estando como JTP empiezo a trabajar en las escuelas comunes, del Estado pero no de educación especial, están en barrios marginales y realizo una investigación que luego dio pie al libro que yo tengo que se llama Musicoterapia social

InCantare - Perfecto.

Araceli - Lo que quería comentarte es que mi ámbito de trabajo es en los centros comunitarios una escuela especial, en un jardín y en los distintos lugares donde se puede llevar a cabo la pasantía. Al trabajar con los estudiantes, uno de los trabajos que yo tengo es como profesora de educación superior dando clase para estudiantes que van a dar clase en el nivel inicial, especial y común. Entonces me invitan estos estudiantes a participar de un proyecto que se llama "Cultura de pasillo", puedes entrar a la página porque ellos tienen el proyecto subido a la web. Nos convocan y nos piden asesoría para el taller de percusión y entramos con la pasantía a trabajar con ellos durante dos años. Allí surgió el otro libro que se llama "Cultura de pasillos. Análisis de una experiencia sociocomunitaria". La editorial es de la Universidad de Buenos Aires, solo ellos lo venden. A partir del trabajo que yo hice con los chicos de la escuela común, la escuela de Avellaneda, este seguimiento por dos años

de niños de segundo que se autodenominaron “los dinosaurios”. Yo les pregunté por que? Ellos dijeron que era porque eran fuertes y poderosos. Me di cuenta de que esa fortaleza que ellos aparentaban tener era una defensa contra la marginación que la misma escuela estaba haciendo hacia ese grupo. Entonces, este grupo al que había que “atender” según la escuela, que no tenía límites, que transgredía las normas, lamentablemente ellos se sintieron atacados por esta situación. No se sintieron comprendidos. Y yo lo tomé como muestra de lo que pasa en la mayoría de los grupos de niños de las escuelas marginadas donde no tienen una contención dentro de la escuela. Entonces trabajamos con este grupo, los dinosaurios y yo pude entender como a lo largo de los encuentros (no hablo de sesiones, hablo de encuentros de musicoterapia y no hablo de prevención, hablo de promoción de salud). A partir de esto, de esta diferencia que fue clave, pudimos acompañar a este grupo en la transformación de niños que se sentían atacados y necesitaban atacar, en niños que se sentían contenidos y que podían producir entre ellos como grupo para poder fortalecerse y poder mostrar a los demás que ellos también tenían cosas para mostrar y podían ser creativos. Esto fue el motivo del trabajo con ellos. Al mismo tiempo yo estaba haciendo pedagogía social que es una especialización. Pensé que como musicoterapeuta y psicóloga social me faltaba el aspecto de comprender la pedagogía social. Que estaba pasando en la escuela, que nueva manera había de mirar la escuela y lo pedagógico dentro de la escuela. Esta nueva mirada me la dio por un lado todo el trabajo de Paulo Freire, que lo tienes que conocer, la educación popular que aquí en Argentina está muy bien llevada por Claudia Korol y el trabajo de Violeta Nuñez que es una pedagoga social que tuvo que exiliarse de Argentina pero crea la universidad de pedagogía social en Barcelona. Esta es una nueva escuela del área de la pedagogía social para poder comprender que es lo que está pasando dentro de los muros de la escuela hoy, que no es lo mismo que habitar la escuela en otro momento histórico. Entonces, este trabajo que yo estaba haciendo coincide con el trabajo que estudié en FLAXO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales) que tiene sucursales en distintos lugares de Latinoamérica y que este curso que yo hice es la aplicación en la escuela del psicoanálisis, es decir un psicoanálisis aplicado, o sea no hacer psicoanálisis dentro de la escuela sino hacer una lectura desde el psicoanálisis de la escuela, se entiende? Es complejo pero todo esto me permitió comprender la musicoterapia social

desde tres puntos de vista diferentes, el primero es como se fundamenta la musicoterapia social dentro de la pedagogía social, segundo como se fundamenta dentro de la psicología social y dentro de la misma musicoterapia social. Esto me permitió entender lo que yo llamo musicoterapia social y que abarca lo que sería lo sociocomunitario.

InCantare - ¿Sociocomunitario?

Araceli - Lo sociocomunitario sería poder entender a la musicoterapia en promoción de salud, no como musicoterapia preventiva. En promoción de salud por un lado y por otro lado una mirada que tiene que ver con proveer herramientas y que el musicoterapeuta sea acompañante de un proceso que solamente conoce y desea el mismo grupo. No que yo lo planteo. Yo no planteo ningún proceso sino que acompaño al grupo en lo que el grupo desea. Es un poco lo que Maritza Montero plantea para la psicología comunitaria. Ella dice que hay que acompañar a las comunidades y que no somos nosotros los que marcamos el rumbo de una comunidad sino que es la comunidad la que pide acompañamiento para el rumbo que quiere seguir. Ahora, la determinación para que yo acompañe a una comunidad o grupo es que esté en el marco de los derechos humanos. Entonces si yo acompaño un grupo, una comunidad que desea llegar a esos objetivos, pero si se desvía de los derechos humanos, es decir, si hay falta de respeto o si hay un camino diferente entonces yo no apoyo y me retiro.

InCantare - Tengo una duda, ¿el objetivo de esta musicoterapia sociocomunitaria es ayudar en la lucha por los derechos humanos en líneas generales?

Araceli - En primer lugar, el objetivo es la promoción de salud en los ámbitos educativos y comunitarios. El objetivo fundamental es la escucha. Si no hay escucha, no puede haber comprensión ni diálogo. Entonces trabajamos por una escucha. Una escucha significa aprender a escuchar. A escucharnos a nosotros mismos y a escuchar al otro, que no es fácil. Entonces, primer objetivo es la promoción de salud, segundo, esa promoción se va a dar cuando desde la musicoterapia ponemos como punto fundamental la escucha. Después de la escucha vendrá aquello que interese al grupo o a lo comunitario. A mí no me interesa lo que la escuela quiera con ese grupo, me interesa lo que el grupo quiera. A

mí me contratan para trabajar con un grupo de segundo o de tercero y la escuela dice que ese grupo no tiene reglas, dice que no tiene límites, dice que es mal educado, dice que no valora a la bandera, por ejemplo. Yo no voy a contradecir lo que dice la institución. Yo voy a preguntar a ese grupo que le pasa que la institución piensa eso de ellos, pero no voy a trabajar para que cambien como son ellos para que la institución esté contenta. Sino que voy a tratar de que, si ellos quieren estar dentro de la escuela, o de la institución tendrán que entender ellos que las reglas de la institución son determinadas y que entonces no les tiene que extrañar que la institución les esté pidiendo ciertas cosas. Ahora, vamos a dialogar y a entender por qué ellos se comportan de determinada manera, que es lo que les está pasando, que cosas tendrían que hablar con la institución y que cosas pedirle y eso es lo que vamos a ver en musicoterapia. Es decir, la institución suena de determinado modo, suena diciendo tal o cual cosa, bueno, ¿Cómo suenan ellos? ¿Cómo se hacen escuchar? ¿Cómo se hacen oír ellos? Entonces, yo sé que todo grupo en un proceso tiene determinados momentos. Yo sé que va a haber un grupo inicial que, ante cualquier situación de proceso de grupo, no quiero decir terapéutico, proceso de salud con mirada terapéutica, se va a defender. Yo lo sé porque todo grupo se va a defender. Primero, el grupo va a hacer una banda y no va a querer que nadie entre ahí. Yo lo tengo que respetar. En esa primera etapa de respeto, ellos van a observar que yo los respeto a ellos y que los escucho y que valoro sus producciones hasta que va a pasar un momento en que va a haber una ruptura, pero no de mi parte. La ruptura se va a dar de parte del grupo. Cuando aparece esa ruptura lo que va a haber es un quiebre donde aparece la diferenciación. Ya no son más indiferenciados, se van a diferenciar. Por ejemplo, un ejemplo, “yo tengo ganas de cantar esta canción” va a decir uno de los integrantes “ya la cantamos, yo quiero cantar otra cosa” y ahí se empieza a diferenciar y esto es bueno y saludable porque el grupo va a empezar a mostrar las diferencias y dentro de esas diferencias, las subjetividades. No van a aparecer como una masa global [...], sino que se van a empezar a distinguir. Yo llamo al primer momento de la metodología, el momento de ver y escuchar en donde solamente hago eso. Veo y escucho y por ahí me lleva mucho tiempo, varios encuentros. Entonces me vas a decir, que, si yo propongo, No! Yo no propongo. Lo único que propongo es crear situaciones para que ellos se muestren. Por ejemplo, les voy a pedir que se junten en tres grupos como quieran, como

ustedes deseen y que cada grupo muestre como trabajan una producción sonora en el aquí y ahora, cualquiera, la que ustedes quieran, puede ser la elección de una canción, puede ser la elección de un juego musical, lo que ustedes quieran, lo que tengan ganas. Entonces ellos se sienten con la libertad de elegir. Primero la libertad de elegirse entre ellos, yo no les impongo que se junten de determinada manera, lo pueden hacer como ellos quieran. Segundo, les pido que muestren lo que ellos quieran mostrar y cada uno va a mostrar algo. Algunos mostrarán una canción, otros mostrarán un juego musical, otros mostrarán una rima, otros no podrán mostrar nada. Nada de lo que muestren los grupos significa que ese grupo es de tal o cual modo. Sino que significa que el grupo me está mostrando los distintos aspectos que tiene y que se conforma como grupo, ¿se entiende? Yo sigo respetando lo que ellos tienen ganas de mostrar. Primero yo borro de mi vocabulario la palabra intervención. Yo debo ser la única musicoterapeuta en el mundo que borra la palabra intervención de su vocabulario. Me hago cargo. Me vas a preguntar ¿por qué? Porque la palabra intervención se usa por efecto y por defecto. Otros usan intervención, los psicólogos usan intervención, nosotros también, sin analizar lo que significa.

InCantare - ¿Cuál palabra usas?

Araceli - Para mí la palabra intervención si yo la busco en el diccionario viene de operación quirúrgica. Entonces yo corto un pedazo de algo y opero. Eso sería la intervención desde ese punto de vista. Ahora, en lo social, la intervención es lo que ha dañado a América Latina en toda su historia. Han intervenido gobiernos, han intervenido situaciones democráticas. Se ha intervenido. Las fuerzas armadas intervienen y no me gusta utilizar una palabra que está mezclada en nuestra América con este tipo de cuestiones impositivas. Entonces, como bien dice Violeta Nuñez, no lo digo yo, y Montero también lo dice, la palabra es participar. Uno participa desde un rol diferente que es el rol del coordinador musicoterapeuta, desde ahí participa, pero no tenemos por que tener el derecho de intervenir en un grupo. Yo tengo elementos para participar, si los tengo y para eso me formé, para participar desde mi rol porque yo no participo como integrante del grupo, ¿se entiende?

InCantare - ¡Si! Me encanta ese punto de vista.

Araceli - No participo porque no soy parte del grupo de niños o de adolescentes o de adultos. Yo soy parte del equipo técnico. Como parte del equipo puedo participar con mi rol. Entonces no tengo por qué intervenir, yo ya sé que voy a participar. Mi primer punto de la metodología es ver y escuchar. Yo no voy a intervenir, voy a proponer, pero en ese escuchar, en ese momento inicial de ver y escuchar simplemente voy a proponer que el grupo se muestre con la mayor confianza posible. Por ejemplo, estamos con un grupo de niños con instrumentos en el centro, es el tercer encuentro. Les propongo cantar una canción, eligen una, muy cuidadosos, una canción infantil que se canta en la escuela. Cantamos todos la canción porque ellos quisieron que la cantara junto con ellos y yo canto la canción. Dejo los instrumentos en el centro y no digo más nada. Me llamo a silencio, cosa que pocos hacen. En eso, ellos espontáneamente toman otra vez los instrumentos y empiezan a hacer un canto que aquí en Argentina se llama canto piquetero. De piquete, de cortar las calles y hacer un piquete. Ahora te digo cual es el canto *"pi que teros carajo! Pi que teros carajo!"* eso es lo que cantaban los piqueteros cuando cortaban una calle. Ellos son hijos de piqueteros, por lo tanto, para ellos su identidad en ese momento era esa. Su identidad sonora era esa, más que la canción que la escuela les enseñó, se entiende. Porque esto lo hicieron espontáneamente. Entonces, empiezan a aparecer lo que diría Patricia, los modos vinculares. Patricia Pellizzari habla de modos vinculares, bien, empiezan a aparecer estos modos vinculares, pero aparecen como una banda, somos todos iguales. Somos todos piqueteros, somos todos iguales, no nos diferenciamos y además para que te quede claro, estamos en contra tuya, ¿se entiende? Y yo no me enojo, ni me sorprende. Lo que si hago va a ser siempre llevarlos dentro del encuadre, que para mí es fundamental, llevarlos dentro del encuadre de nuestro trabajo, es decir, estamos en este momento aquí, nos sentamos en circulo y mientras estamos aquí hasta que terminen vamos a trabajar y lo que pasa aquí no sale. Lo pueden contar ustedes, pero nosotros como equipo, no. Si dicen malas palabras, aquí se contienen. No vamos a decir que está mal, pero recuerden que de la puerta para afuera hay una norma en la escuela. El segundo momento, es después de varios encuentros cuando aparece esta grieta y se empiezan a diferenciar, ese segundo momento es el momento de comprensión. En la comprensión es el momento de comprender

cual es el sentido de lo que ellos están intentando mostrar, de lo que ellos cantan, de lo que ellos tocan, de lo que ejecutan. En ese momento de comprensión es cuando yo empiezo a pensar de que me sirve la teoría, o sea, para qué. Si este grupo se presenta de esta manera entonces yo puedo entender que de todo aquello que yo estudié que es lo que me va a servir para trabajar con ellos. Entonces viene el momento de participar. Ahí es donde voy a participar desde las propuestas que creo que claramente pueden llevar al grupo al objetivo. ¿Cuál es el objetivo de un grupo dentro de la escuela? Porque el objetivo varia, para mi es que si una vez que ellos logran escuchar y se escuchan, se van a respetar. Cuando sienten que yo los escucho, se van a sentir valorados, cuando les doy elementos, van a sentirse fortalecidos. Entonces, el fortalecimiento, la proovención, la comunicación con las vías saludables va a dar como resultado un aprendizaje pero no un aprendizaje cognitivo, un aprendizaje de los modos vinculares y eso es lo que se pretende. ¿Cuál sería el aprendizaje que este grupo dentro de una escuela tiene que tener? Bien, tratar de estar mejor entre ellos en el aula, comprender a la maestra en lo que le pasa. Porque nosotros por ejemplo trabajamos dentro de musicoterapia sin la docente, trabajamos la mochila que lleva la docente. Trabajamos que es lo que tiene ella adentro? Entonces cuando comprenden que es lo que le pasa a la docente casi te dirían que van al aula y le dan un beso y la docente no entiende porque la besan. Porque ellos ven a la docente desde otro lugar, desde lo que le pasa para estar enojada con ellos, por ejemplo. Es ahí donde la participación tiene que ver con lo que ellos van necesitando para transformar su modo vincular entre ellos y con la escuela. Pero básicamente entre ellos. Los chicos de cultura de pasillo que llegan a adolescentes, en un barrio marginal que estaba determinado como el barrio más peligroso de Buenos Aires, así te lo digo. ¿Ellos salían a la plaza a tocar? ¿Sabes con que tocan los chicos de cultura de pasillos? Tocan con tachos, baldes de pintura. No tocan con tambores, tocan con eso, con los tachos de lata. Esa es su identidad sonora. Yo no puedo sacarlos de esa identidad, no puedo, no tiene sentido porque esa es su identidad sonora, la tengo que respetar. Al principio ellos no tenían una buena comunicación como para producir con los tachos algo positivo, como diría el profesor del taller de percusión. A medida que fuimos trabajando en musicoterapia fueron entendiendo cual eran los vínculos que ellos tenían entre ellos mismos y porque no se escuchaban. No se escuchaban. Aprendieron a

escucharse y a partir de ahí empezaron a tener un modo diferente de relación. Ahora salen a la plaza del que fue catalogado el barrio más peligroso, salen y tocan y no les pasa nada. Las madres van y los escuchan y llevan a los chicos y juegan y los escuchan como ellos tocan. Entonces a partir de que pude hacer estas investigaciones, lo que hice fue construir esta forma de metodología que tengo para trabajar.

InCantare - ¿Tu la llamas musicoterapia sociocomunitaria? O musicoterapia social?

Araceli - Para mí es musicoterapia social pero cuidado... Hay que definir lo que es musicoterapia social y dentro de que está. Por ejemplo, yo no puedo concebir un proceso de musicoterapia que no tenga mínimamente un encuadre, ¿sí? Tiene que tener un encuadre, cualquiera, la calle, una escuela, un hogar, pero tiene que tener un encuadre. Porque el encuadre es lo que va a permitir que se lean, que se de lectura a los procesos musicoterapeúticos que pasan dentro de ese encuadre. Entonces, si yo corto una calle y toco delante de los autos y después me voy yo no puedo llamar a eso musicoterapia social. Por ejemplo. Si hay alguien que corta la calle, que para delante de los autos y tocan, un grupo que toca mientras está el semáforo en rojo. Luego el semáforo se pone en verde y se retiran, yo no puedo llamar a eso musicoterapia social. Yo no lo puedo llamar así. Para mí eso no lo es.

InCantare - ¿Este proyecto en las escuelas está sucediendo actualmente?

Araceli - Totalmente. Nosotros en este momento tenemos un proyecto en una escuela laboral. Esta escuela laboral pertenece a educación especial, pero a los jóvenes. Jóvenes que pueden acceder a formarse en un trabajo. Ellos tienen alrededor de 18 y 25 años y tienen desde hace un año una vez por semana musicoterapia. Estas invitada a venir a algunos de los encuentros para que puedas vivirlo y ver un poco la metodología que nosotros usamos. Lo mejor es poder estar y vivirlo. Después que te sirva la parte teórica, pero vivirlo...

InCantare - Perfecto. Me encanta tu trabajo. Muchas gracias por hablar conmigo, compartir su experiencia. Muchas gracias una vez mas. Hasta luego

Araceli - Hasta luego, un gusto Andressa.

La entrevista se realizó el 05 de diciembre de 2017 por Andressa Dias Arndt¹, como parte de su investigación doctoral, guiada por Kátia Maheirie². La transcripción y traducción de la entrevista fue realizada por Paula Meliante³.

1 Graduado en Musicoterapia por la Universidade Estadual do Paraná, Campus de Curitiba II - FAP. Doctora en Psicología por la Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Trabaja como profesora adjunta en la Universidade Estadual do Paraná, Campus de Curitiba II – FAP, Brasil.

2 Doctorado en Psicología (Psicología Social) por la Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Brasil (2001). Profesor Titular de la Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

3 Paula Meliante es musicoterapeuta, profesora y directora de la carrera en Musicoterapia no CEDIIAP (Montevideu, Uruguay).

OBJETIVOS E POLÍTICA EDITORIAL

A InCantare é uma revista interdisciplinar que enfatiza a veiculação de artigos que tratam de articulações entre arte, saúde e educação. O periódico é uma publicação do Campus de Curitiba II da Faculdade de Artes do Paraná – FAP/UNESPAR, com periodicidade semestral. A revista foi criada no ano de 2010, intitulada NEPIM (ISSN 2237-3365) e no ano de 2012 foi renomeada para InCantare. Mantida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia – NEPIM, a revista tem por objetivo publicar e divulgar artigos originais e inéditos de autores filiados a grupos de pesquisa, que tragam contribuições para o campo da Musicoterapia, da Música, da Educação, da Saúde e de áreas afins, fomentando assim o intercâmbio entre pesquisadores de diversas instituições universitárias do país. Atualmente, a revista encontra-se indexada nas bases Periódicos (CAPES), Sumários (nacional), Latindex (latino americano), e Copernicus (internacional). A Revista InCantare está disponível na versão on-line, ISSN 2317-417X. As contribuições enviadas pelos autores serão submetidas ao processo de revisão cega por pares de no mínimo dois relatores especialistas ad-hoc mais a revisão dos editores.

NORMAS EDITORIAIS

A Revista InCantare recebe artigos para dois volumes ao ano e a submissão é feita exclusivamente através de cadastro do autor no portal de periódicos da UNESPAR. A publicação tem por objetivo divulgar artigos nas áreas de Musicoterapia, Música, Educação, Saúde e afins, nas suas mais variadas formas de análise disciplinar, incentivando assim o intercâmbio de conhecimento entre pesquisadores de diversas instituições de ensino, sejam elas brasileiras ou estrangeiras.

Processo de Submissão e Avaliação: os trabalhos deverão ser enviados aos Editores, via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), que os encaminhará, sem identificação, aos avaliadores do Conselho Editorial. O nome dos autores e avaliadores será mantido em sigilo. As contribuições enviadas pelos autores serão submetidas ao processo de revisão cega por pares de no mínimo dois avaliadores mais a revisão dos editores. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. Os

pareceres serão enviados aos autores para a ciência do resultado do processo e, quando for o caso, para que faça as modificações solicitadas e rerepresente o trabalho. As submissões serão feitas online: <http://goo.gl/TjaXOH>

1. Serão aceitos manuscritos originais para serem submetidos à aprovação de avaliadores que sejam especialistas reconhecidos nos temas tratados. Os trabalhos serão enviados para avaliação sem a identificação de autoria.
2. Serão aceitos para a submissão textos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.
3. A redação se reserva o direito de introduzir alterações nos originais, visando a manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, respeitando, porém, o estilo e as opiniões dos autores. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores.
4. Os artigos publicados na Revista InCantare podem ser impressos, total ou parcialmente, desde que seja obtida autorização expressa da direção da revista e do respectivo autor, e seja consignada a fonte de publicação original.
5. É vedada a reprodução dos trabalhos em outras publicações ou sua tradução para outros idiomas sem a autorização da Comissão Editorial.
6. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.
7. A revista aceita colaborações de diversos formatos:

- **Artigos:** compreende textos que contenham relatos completos de estudos ou pesquisas concluídas, matéria de caráter opinativo, revisões da literatura e colaborações assemelhadas. Resenhas: compreende análises críticas de livros e de periódicos recentemente publicados, como também de dissertações e teses.

- **Memorial artístico-reflexivo:** compreende um memorial de performance onde constam informações sobre o conceito da obra e uma descrição detalhada do trabalho de produção artística.

- **Tradução:** compreende a tradução de textos de estudos artísticos em língua estrangeira moderna para seu correlato em língua vernácula brasileira.

• **Entrevista:** compreende o relato de profissionais, artistas ou pesquisadores que tenham sido interrogados sobre um objeto de estudo específico.

SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

1. Para a submissão, os artigos podem ser organizados em dois diferentes formatos: “DOC” ou “DOCX”, sem informação de autoria/co-autoria. O nome completo dos autores, bem como a biografia resumida (com no máximo 100 palavras) em língua vernácula e traduzido para o mesmo idioma do resumo em língua estrangeira, devem obrigatoriamente ser incluídos nos respectivos campos da submissão do artigo no sistema da Periódicos da UNESPAR. Na biografia, indicar a afiliação institucional, o nome do grupo de pesquisa, o endereço eletrônico, informações de interesse e que digam respeito à pesquisa e o link de acesso ao Currículo Lattes do(s) autor(es).

2. Os artigos deverão ser digitados em fonte Arial, tamanho 12 e espaçamento de 1,5 entre as linhas. Com no mínimo 12 e no máximo 22 páginas. A estrutura dos trabalhos e as regras de citação deverão estar em conformidade com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos disponíveis na página da UFPR: <http://www.portal.ufpr.br/normalizacao.html>.

3. Utilizar formato de folha A4 com margens de 3 cm e texto justificado.

FORMATAÇÃO

A organização interna dos trabalhos deve ser padronizada na seguinte ordem:

Título: Centralizado no topo da primeira página, em negrito;

Título em língua estrangeira (Inglês ou Espanhol): Centralizado na primeira página, em negrito;

Resumo: Deve conter entre 150 e 250 palavras e palavras chave (de 3 até 5 termos), escritos no idioma do artigo;

Resumo em língua estrangeira (Inglês ou Espanhol): Deve conter entre 150 e 250 palavras e palavras chave (de 3 até 5 termos). O corpo do texto dos Resumos deve estar em fonte Arial, tamanho 12, com recuo de parágrafo de 3 cm e espaçamento simples;

Notas de rodapé: as notas devem ser reduzidas ao mínimo e redigidas em corpo 10, com a numeração acompanhando a ordem de aparecimento.

Citações dentro do texto: nas citações de até três linhas feitas dentro do texto, o autor deve ser citado entre parênteses pelo sobrenome, em maiúsculas, separado por vírgula da data da publicação. A especificação da(s) página(s) deverá seguir a data, separada por vírgula e precedida de “p.” (SILVA, 2000, p. 100). Se o nome do autor estiver citado no texto, indica-se apenas a data, entre parênteses: “como Silva (2000, p. 100) assinala...”. As citações de diversas obras de um mesmo autor, publicadas no mesmo ano, devem ser discriminadas por letras minúsculas após a data, sem espaçamento (SILVA, 2000a, p. 25). Quando a obra tiver dois ou três autores, todos poderão ser indicados, separados por ponto e vírgula (SILVA; SOUZA; SANTOS, 2000, p. 17); quando houver mais de 3 autores, indica-se o primeiro seguido de et al. (SILVA et al., 2000, p. 155). As citações com mais de cinco linhas devem ser destacadas, ou seja, apresentadas em bloco, em tamanho 10, espaço simples e com recuo de parágrafo de 4 cm.

Referências: as referências devem conter o mínimo de informação para que o material utilizado como embasamento da pesquisa seja identificado por quem ler o artigo no site da UNESPAR. As informações a serem incluídas em cada referência variam de acordo com o tipo de mídia no qual o material foi consultado. As referências deverão ser organizadas no final do texto, em ordem alfabética, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Ilustrações: as imagens devem ser enviadas em formato JPEG diagramadas no arquivo do texto e enviadas em arquivos separados, no momento da submissão no sistema de Periódicos da UNESPAR no campo documentos complementares. Cada arquivo de imagem deve ter pelo menos 100 dpi.

Para maiores detalhes e/ou sanar dúvidas quanto às normas para apresentação de documentos científicos a serem enviados para possível publicação na revista, o seguinte manual, cujo teor guia esta publicação, deve ser consultado:

AMADEU, Maria Simone Utida dos Santos. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT**. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

Página eletrônica onde é possível encontrar mais exemplos <http://goo.gl/pl7mMc>.