

*Cuando la identidad está
en riesgo: musicoterapia,
cultura y migración
en el hospital público
pediátrico*

*Natalia Alperovich
Karin Biegun*

Dentro de la Escuela Hospitalaria, institución que funciona en el contexto del Hospital Público Pediátrico de Buenos Aires, encontramos numerosos pacientes internados que proceden de otras provincias o países limítrofes. El desconocimiento de la cultura del “otro” por parte de médicos, enfermeros y docentes, redonda frecuentemente en una situación de marginación y aculturación para el paciente. A través de la música, se trabajará en el proceso de reconstrucción dinámica de la identidad del niño, que se ve amenazada por la doble situación de desarraigo inherente a la migración y a la hospitalización.

Palabras-chave: musicoterapia, identidad cultural y migración asistencial

Introducción

Un porcentaje significativo de pacientes internados en el Hospital Público Pediátrico Pedro Elizalde de la Cd. de Buenos Aires, proviene de países limítrofes y de diversas zonas del interior del país. La naturaleza del padecimiento de los niños en internación es compleja. Supone considerar tanto el sufrimiento físico que implica la enfermedad como el sometimiento al modelo médico hegemónico. Este padecimiento está inmerso en situaciones de exclusión social que conllevan procesos de aislamiento y desarraigo cultural. En este contexto funciona la Escuela Hospitalaria, cuya función principal es asegurar la continuidad de los aprendizajes de los niños internados en base a la articulación del campo de la educación y del campo de la salud.

La complejidad que presenta la internación del niño inmigrante, requiere de un instrumento teórico, resultante de categorías de análisis tomadas de diferentes disciplinas: la antropología, la musicoterapia, la psicología y la sociología.

Nuestro propósito es indagar a través de este marco multidisciplinario, en qué formas la musicoterapia, en el ámbito de la Escuela Hospitalaria, posibilita la reconstrucción y el fortalecimiento de la identidad fragmentada del paciente.

Migración, identidad y el proceso de salud - enfermedad

Muchas de las personas que llegan a la consulta al hospital provienen de otras provincias y en muchos casos también de países limítrofes (Paraguay, Bolivia, Perú y Brasil). En la ciudad de Buenos Aires existen tres hospitales públicos pediátricos especializados. Respecto a los migrantes internos, encontramos por un lado, que el 46 por ciento de los pacientes oncológicos de todo el país deben migrar a otra provincia, generalmente Buenos Aires, adonde suelen ser derivados los casos de gravedad. Se genera así el fenómeno de la migración asistencial. Por otro lado, muchos de los que provienen de países limítrofes, han migrado buscando una atención médica que no pueden recibir en sus países de origen, tanto debido a los costos (la atención médica en los Hospitales Públicos argentinos es gratuita) como al nivel de especialización médica.

Cuando el paciente llega al hospital se encuentra con una medicina que basa su práctica en un modelo que considera a la salud y la enfermedad como estados opuestos y excluyentes. Esta medicina interviene sobre el cuerpo biológico y establece una relación médico-paciente asimétrica. Consideramos por el contrario a la salud-enfermedad como un proceso que se desenvuelve alrededor de la polaridad mayor vida y muerte y no en torno de los individuos sino en relación a las colectividades (WALLACE, 1995, p. 3). Por lo tanto definir el proceso salud-enfermedad-atención como categoría de análisis nos permite diferenciar la forma en que cada grupo de población vive, se enferma y muere y nos ubica en que no existe una única representación objetiva sobre dicho proceso sino formas de conciencia colectiva atravesadas por valores y creencias propios de una cultura.

Pero, ¿qué entendemos por cultura? Tomamos la definición de GARRETA Y CARUTTI (1975, p. 26-27), que definen a la cultura como: una forma integral de vida creada histórica y socialmente por una comunidad de acuerdo a la forma particular en que resuelve o entabla las relaciones: con la naturaleza, con los vínculos intra e intercomunitarios y con el ámbito de lo sobrenatural.

En la institución hospitalaria, los profesionales, no importa su origen étnico, han sido formados en la práctica de un modelo de

intervención que se basa en dos pilares. Por un lado, los criterios normativos de la medicina científica para seleccionar lo que es sano y lo que es enfermo. Por el otro, las formaciones interpretativas y valorativas procedentes del contexto sociocultural que se inscriben en la esfera de la normatividad social dominante (GRIMBERG, 1997). La adecuación del personal a estos valores es máxima cuando se trata de una institución pública donde lo instituido cobra mayor fuerza. El inmigrante con frecuencia queda marginado, al no poseer los códigos simbólicos necesarios para manejarse en la cultura hospitalaria pública. (DE PLAEN, 2006)

En el caso de una enfermedad crónica, la internación suele traer aparejada ansiedad, sentimientos de aislamiento o culpa, angustia. Se hace evidente la necesidad de un sostén importante para enfrentarse al proceso de duelo ante los proyectos interrumpidos, y a la elaboración de la situación de dependencia, separación y exclusión que genera la hospitalización prolongada. A esta compleja realidad se suma, en el caso de los pacientes migrantes o inmigrantes, la consideración de que el proceso migratorio en sí es un cambio de tal magnitud que pone en riesgo la identidad del sujeto.

La construcción de la identidad supone una forma de acción del individuo sobre sí mismo, que implica un proceso de identificación, una acción sobre el mundo social, el mundo intersubjetivo y el universo simbólico (GLEIZER, 1997). Por lo tanto, la conformación de la identidad individual no puede darse al margen de la identidad colectiva: identidad y cultura son parte del proceso de socialización del individuo. De acuerdo con estudios antropológicos y sociológicos, la identidad cultural surge por diferenciación y como reafirmación frente al otro.

Siguiendo a GRINBERG y GRINBERG (1984) desde un enfoque psicoanalítico, encontramos que los procesos migratorios imponen un cambio de tal magnitud que como señalamos anteriormente, pone en riesgo la identidad de los sujetos. La pérdida de objetos es masiva, incluyendo los más significativos y valorados: personas, cosas, lugares, idioma, costumbres, etc. a todos los cuales están ligados recuerdos e intensos afectos. Se trata de una conmoción que sacude toda la estructura psíquica, por supuesto, más expuesta a sus consecuencias cuanto menos consolidada se encuentre.

Música, musicoterapia y ritual

A través de la música, el musicoterapeuta construye un dispositivo con el objeto de fortalecer la pertenencia sociocultural tanto del niño como del familiar presente que sufre idéntico desarraigo. Si partimos, siguiendo a MERRIAM, de la consideración de la música como cultura (CAMARA DE LANDA, 2003), damos por supuesto que el concepto de música de cada grupo se relaciona con aspectos fundacionales de su identidad cultural, como ser la comunicación, las tradiciones y las costumbres, los valores y las creencias. La música “construye nuestro sentido de la identidad mediante experiencias directas que ofrece del cuerpo, el tiempo y la sociabilidad, experiencias que nos permiten situarnos en relatos culturales imaginativos”. (FRITH, 2012, p. 212).

La musicoterapia posibilita a los inmigrantes recrear su identidad e integrar experiencias del pasado y del presente a través de la expresión musical creativa (FORREST, 2002, p. 1). La música puede ser empleada como un medio de creación, mantenimiento y cambio de la identidad grupal e individual, ayudando así a elaborar la pérdida y el duelo.

En el caso que nos ocupa, veremos como a lo largo de los sucesivos encuentros se construye una estructura musical, a la manera de un ritual. Este proceso permitirá el fortalecimiento de la identidad del niño y le servirá de apoyo y contención en la situación vital que atraviesa.

Entendemos por ritual a:

“un conjunto de actos simbólicos prescriptos que deben ejecutarse de un modo determinado y en cierto orden, y pueden o no estar acompañados de fórmulas verbales.(...) son creativos, en la medida en que constituyen medios de comunicación a través de los cuales las personas encuentran sistemas significativos de símbolos para identificar sus propias experiencias (...) El ritual con su capacidad de vincular aspectos analógicos y digitales de la comunicación, posibilita expresar y experimentar aquello que no puede ponerse en palabras. Las palabras no pueden soportar el peso de todo lo que debe ser elaborado durante el tratamiento” (IMBER--BLACK, 1990, p. 29).

Varios destacados musicoterapeutas reconocen la importancia del ritual en musicoterapia como ser R. Benenzon (2012), y B. Stige (2002). Benenzon fundamenta así su relevancia:

“La relación en musicoterapia tiene que ver con la percepción del musicoterapeuta de los rituales del paciente para acercarse a su comprensión e interactuar con los mismos. El ritual tiene que ver con la personalidad, con la forma de comunicar, con el grupo de pertenencia y con la cultura” (BENZON, 2012, p. 195)

Veremos la aplicación de estos conceptos en el caso que describiremos a continuación.

Estudio de caso

G., un niño de 9 años, procedente de Paraguay, realiza su primera consulta en el hospital Pedro Elizalde en abril del 2012. Allí se le diagnostica leucemia linfoblástica de alto riesgo, a lo que se suma un peso y talla debajo de lo normal, iniciándose el tratamiento oncológico. Durante su internación se llevará a cabo, en el contexto de la Escuela Hospitalaria, el proceso musicoterapéutico, del cual se citarán a continuación los momentos más significativos.

En la primera visita de la musicoterapeuta a G. se pone de manifiesto que sólo quiere hablar en guaraní con su mamá pese a entender perfectamente el castellano. Al cantarle una canción en castellano, no evidencia ninguna reacción. Se le pide a la mamá que la traduzca al guaraní y entonces él sonríe.

Encontramos aquí varias cuestiones, la migración forzada por la necesidad de un tratamiento médico apropiado lleva a varias pérdidas simultáneas, todas de objetos significativos y valorados como son una parte de la familia (padre, hermano), cosas, lugares, idioma, costumbres, clima, etc. Estas pérdidas masivas ponen en riesgo la identidad del niño, que todavía es una identidad en construcción. Los sentimientos básicos que conforman la identidad -según Erikson-: unidad, mismidad y continuidad, se ven profundamente amenazados, en una conmoción que sacude toda su estructura psíquica. La madre en esta situación actúa como nexo intermediario entre la cultura de origen y la nueva situación a la que el niño debe adaptarse. El paciente se aferra a lo conocido y a lo que le brinda seguridad, su lengua de

origen que es el guaraní.

En el siguiente encuentro la musicoterapeuta le pregunta al niño y a la mamá qué música le gustaba escuchar en su país de origen. Entre los dos reconstruyen una canción que escuchaban en la radio. A su pedido, la mamá traduce con dificultad: mujer gorda, mujer flaca. A las dos no las quiero, no les voy a dar de comer.

La posibilidad de cantar la canción en guaraní y acompañarla con instrumentos va a servir en los siguientes encuentros como vehículo para la adaptación a la nueva realidad que transita y como posibilidad de elaborar la situación traumática que supone la enfermedad y el desarraigo

En el tercer encuentro el niño toca el metalófono, realiza ascensos y descensos continuos duplicando cada nota. Se le propone crear una canción sobre un tema que le guste: “cosas ricas”. A veces menciona sus comidas favoritas en castellano (la mamá acota: “sopa paraguaya, porque sopa con caldo no le gusta”), y a veces en guaraní.

**“Yo me como todo, todo el asado.
Sopa paraguaya, con mucha mandioca”
Y de pronto como 20 manzanas, 10 naranjas, 40 bananas”**

La estructura que se va armando consta de las siguientes partes:

Inicio: diálogo con metalófono.

Desarrollo: canción “cosas ricas”, acompañamiento con distintos instrumentos (acciones: diálogos sonoros, cantar la canción, tocar instrumentos que acompañan)

Observamos aquí que el niño ha podido establecer un vínculo con la musicoterapeuta que supone confianza e interés por la propuesta sonoro-musical. Esto le va a permitir construir una secuencia sonora ordenada que repite a la manera de un ritual. Consideramos que adquiere esta forma de ritual, ya que “tiene un comienzo claro, una estructura y una secuencia de acciones organizadas alrededor de un motivo; además a menudo se lo ejecuta repetidamente”.

En este caso el ritual que se construye intenta ser un instrumento que posibilite al niño elaborar las profundas pérdidas culturales que ocasiona la migración, así como la situación vital que está atravesando.

”Aquí los rituales deben permitir incorporar aspectos irrecuperables de la vida, como cuando una persona o una familia no puede regresar al país y al mismo tiempo efectuar conexiones interculturales actuales, lo cual se hace posible mediante la reafirmación de recuerdos, tradiciones, relatos (IMBER-BLACK, 1990, p. 86).

En un encuentro posterior M. su compañero de cuarto crea otra canción con sus comidas lo que le posibilita compartir semejanzas y diferencias con el “otro” En este encuentro se puso énfasis en la producción musical conjunta, con el objeto de fomentar la socialización entre pares. El tema de la comida es muy importante. No es sólo la referencia ineludible a su desnutrición previa y a la difícil adaptación a la modificación que sufren sus hábitos alimenticios durante la internación en el hospital. Comer es un acto que va mucho más allá del cuerpo biológico: se relaciona con el cuerpo social y político. Así como lo vimos con M. cuando marcan similitudes y diferencias en sus gustos, la comida permite marcar mismidad y otredad, distancia y proximidad en los vínculos. El alimento ocupa una posición central en la organización social, posibilita ser considerado un miembro de un grupo dado. Según Burgos “No confiamos sino en los que comen igual que nosotros” (ROY, 2006, p. 66). El poder confrontar un aspecto esencial de su cultura como ser la alimentación frente a un otro le permite afirmarse en su identidad y paralelamente poder mediante la aceptación de las diferencias, integrarse simbólicamente a otra cultura.

G. se encuentra en fase de mantenimiento y durante un tiempo prolongado sólo concurre al hospital para controles. Sin embargo un año después vuelve a ser internado por un pico de fiebre. Esta vez, al tocar el metalófono, introduce modificaciones en el descenso “ritual” por grado conjunto, incorporando saltos, pequeñas melodías y cambios de intensidad.

Durante todos los encuentros anteriores, G. repetía una misma secuencia, generando así para sí mismo un espacio de reaseguramiento. Sabemos que la repetición en el juego del niño le posibilita la elaboración de una situación traumática, como son en este caso la inmigración y la internación. Por otro lado, la ejecución de una estructura musical fija creada espontáneamente por él, le permite sentir que tiene dominio y control sobre una situación musical en un

contexto donde para su curación tiene que aceptar pasivamente los tratamientos que se le efectúan.

¿Pero cómo podemos interpretar el cambio en la producción musical de G.? Las modificaciones en la melodía (cambiando el descenso por grado conjunto) y los cambios de intensidad (usando el forte), son significativas. Logra sostener la mirada e inventa preguntas y respuestas musicales novedosas en el intercambio con la musicoterapeuta. Estos indicios nos muestran que G. se atreve a conectarse en forma más fluida con el otro y a construir un lazo social a través de la comunicación no verbal, constituida por sonidos, miradas y gestos.

Conclusiones

Vemos entonces a través de este recorrido, cómo la utilización de la música pudo acompañar el proceso de G. en su adaptación a la nueva realidad, y en la afirmación de su identidad. Consideramos a través del estudio de este proceso, que la música más allá de posibilitar numerosos aprendizajes, puede cumplir una importante función en la afirmación de la identidad del niño internado, amenazada en este caso por la sumatoria de factores referidos a la irrupción traumática de la enfermedad, el aislamiento producto de la internación y la migración.

Referencias

BENENZON, R. *El juego del espejo y su oscuridad: la dimensión creadora*. La Plata: Al Margen, 2012.

CAMARA DE LANDA, E. *Etnomusicología*. Madrid: Akal, 2003.

DE PLAEN, S. *La atención de los niños y el pluralismo cultural*. Bs. As: Fundación Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, 2006.

FORREST, L. A question of theory and practice: applying ethnomusicological theory to music therapy practice. Proceedings of the 10th World Congress of Music Therapy, Oxford UK, 2002.

FRITH, S. “Música e Identidad”. En Stuart Hall; Du Gay, P. *Cuestiones de Identidad Cultural*, cap. 7. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2012.

GARRETA, M.; BELLELI, C. *La trama cultural. Textos de antropología y arqueología*. Buenos Aires: Ed. Caligraf., 1999.

GRIMBERG, M.; MARGULIS, S.; WALLACE, S. Construcción social y Hegemonía: representaciones médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico. En KORNBLIT, A. et al *Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Espacio Editorial., 1997.

GRINBERG L. y GRINBERG R. *Psicología de la Migración y del Exilio*. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

FORREST, L. A question of theory and practice: applying ethnomusicological theory to music therapy practice. Proceedings of the 10th World Congress of Music Therapy, Oxford UK, 2002.

FRITH, S. “Música e Identidad”. En Stuart Hall; Du Gay, P. *Cuestiones de Identidad Cultural*, cap. 7. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2012.

IMBER-BLACK, E.; ROBERTS, J.; WHITING, G. *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Buenos Aires: Gedisa Editorial, 1990.

ROY B., El acto alimentario y su relación con el cuerpo, reveladores de la dimensión sociopolítica de la diabetes en los pueblos originarios. En DE PLAEN, S. *La atención de los niños y el pluralismo cultural*. Bs. As: Fundación Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, 2006.

STIGE, B. *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum N. H.: Barcelona Publisher, 2002.

WALLACE, S. El complejo VIH-Sida: una aproximación antropológico-social. Cátedra de Psiquiatría de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Comisión de Salud Mental y Científica del Círculo Médico de Quilmes. Curso para graduados: “Problemas actuales en Salud Mental.” Buenos Aires., 1995.