

¿Resistencias a la presencialidad? Musicoterapia presencial y teleasistida con dos niños con multidiscapacidad y Necesidades Complejas de Comunicación (NCC)

*Resistance to attendance?
Face-to-face and music therapy with telehealth, with two children
with multiple disabilities and Complex Communication Needs*

Por Graciela Broqua¹

RESUMEN

El ausentismo excesivo y repetido es un fenómeno observado en ciertos pacientes con multidiscapacidad o diversidad funcional múltiple a lo largo de sus extensos procesos terapéuticos. En un centro terapéutico del partido de Merlo (prov. de Buenos Aires, Argentina) en ocasiones las ausencias a las sesiones son mayores que las asistencias y se replican en todas las disciplinas terapéuticas. En el equipo interdisciplinario a este ausentismo se lo relaciona con resistencias al tratamiento. Pero al continuar musicoterapia mediante teleasistencia durante la pandemia por COVID19 se observaron dos infantes que sostenían mayor continuidad en el tratamiento a distancia que en la presencialidad. Estos dos casos, además de multidiscapacidad presentaban Necesidades Complejas de Comunicación sin lenguaje verbal expresivo ni comprensivo. El objetivo del siguiente estudio de caso es analizar los factores que obstaculizan el sostenimiento de los tratamientos musicoterapéuticos presenciales y las características de los encuadres teleasistidos que favorecieron la continuidad. Esto permitirá modificar estrategias futuras para favorecer la continuidad de los tratamientos.

Palabras clave: Musicoterapia, Teleasistencia, Resistencias, Multidiscapacidad, Necesidades Complejas de Comunicación.

ABSTRACT

Excessive and repeated absenteeism is a phenomenon observed in certain patients with multiple disabilities or multiple functional diversities throughout their extensive therapeutic processes. In a therapeutic center of Merlo (prov. of Buenos Aires, Argentina) sometimes absences from sessions are greater than attendance and are replicated in all therapeutic disciplines. In the interdisciplinary team, this absenteeism is related to resistance to treatment. But when continuing music therapy through telehealth during the COVID19 pandemic, two infants were observed who sustained greater continuity in remote treatment than in person. These two cases, in addition to multiple disabilities, presented Complex Communication Needs without expressive or comprehensive verbal language. The objective of the following case study is to analyze the factors that hinder the maintenance of face-to-face music therapy treatments and the characteristics of teleassisted settings that favored continuity. This will allow modifying future strategies to favor the continuity of treatments.

Keywords: Music Therapy, Telehealth, Resistances, Multidiscapability, Complex Communication Needs.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Musicoterapeuta, UBA.
Universidad Tecnológica Nacional (UTN). Profesora en Docencia Superior, UTN.
Universidad Abierta Interamericana (UAI). Maestranda en Tecnología Educativa (UAI).
E-mail broquagraciela@psi.uba.ar

Introducción

En la práctica clínica presencial con infantes con discapacidades múltiples o diversidades funcionales múltiples con frecuencia se desarrollan procesos terapéuticos prolongados ligados fundamentalmente a la cronicidad de sus cuadros. Esto también ocurre en un centro terapéutico privado, del partido de Merlo, provincia de Buenos Aires, Argentina, donde sucede la experiencia que se describirá. En estos tratamientos habitualmente se observan casos de pacientes con ausentismo excesivo y repetido hasta extremos en que las ausencias superan a las sesiones asistidas. Cuando estas situaciones no se vinculan a alguna internación, cirugía o cuadro clínico específico incidental y se siguen repitiendo año tras año, se transforma en una dificultad para el avance del proceso terapéutico. Dado que esto se observa en las diferentes terapias, en equipo interdisciplinario se busca resolver esta problemática de diversas maneras, ya sea renegociando los encuadres, cambiando de profesional, de día, de horario, etc.

Si bien esto ocurre en todos los espacios terapéuticos, cuando sucede en los tratamientos de musicoterapia es posible hacer una lectura desde el silencio generado por la ausencia. Estos pacientes poseen Necesidades Complejas de Comunicación, muchas veces derivadas de la complejidad de sus diversidades funcionales en las que se superponen dificultades motoras, sensoriales, cognitivas y emocionales (Light y Mcnaughton, 2015). No cuentan con lenguaje verbal comprensivo ni expresivo. Pero aun cuando está ausente la palabra, el sonido expresa. Mediante variaciones en sus diversos parámetros ellos logran comunicar diferentes situaciones (Broqua, 2019a). Transmiten información mediante el sonido y mediante el silencio.

Pero el silencio de la ausencia no es un silencio musical. No es un silencio generado para escuchar. Tampoco es un silencio deliberado por el paciente ni organizador. Ni siquiera es el silencio final de quien quiere concluir (Lecourt, 2006). El silencio de la ausencia no nos permite anticiparnos, sumergirnos en él, trabajar ni intervenir sobre él (Hartmann, 2007).

Conjuntamente, este silencio total generado por la ausencia es una situación tan repetida que en ocasiones las ausencias son muchas más que las asistencias. Esto logra que no haya ninguna intervención posible. Menos aún si buscamos intervenciones que generen cambios y que transformen al tratamiento en un proceso efectivo. Así empezamos a reflexionar sobre las posibilidades de recuperar al sujeto en la clínica (Cadorini, 2007).

El equipo interdisciplinario de esta institución, después de implementar variadas estrategias infructuosas para aumentar la continuidad en la asistencia de estos pacientes, como por ejemplo, repautar los encuadres, suele interpretar estas situaciones como resistencias al tratamiento (Laplanche y Pontalis, 1996). Pero cuando hablamos de niños y niñas con pluridiscapacidades (Soro-Camats et al, 2012), multidiscapacidades, diversidades funcionales múltiples o también llamados personas con

retos múltiples (Broqua, 2020e) nos referimos a infantes que no toman la decisión (consciente o inconscientemente) de asistir o no a las sesiones. Contemplando que poseen Necesidades Complejas de Comunicación (NCC), aún si quisieran decir algo vinculado al deseo de no asistir a las sesiones difícilmente podría ser interpretado con claridad por su familia. De modo que, evidentemente, los encuadres se pactan con las familias, no con los pacientes.

En musicoterapia se puede hacer foco en características sonoras que no aportan riqueza en otros ámbitos, incluso sonidos con intensidades muy bajas, casi inaudibles (Broqua, 2009). Podemos enfocarnos en el niño y hacer una mirada diferente a la de otras terapias (Broqua, 2020c). O una escucha distinta sumada a esa mirada. Desde musicoterapia podemos leer en su lenguaje sonoro, un lenguaje eminentemente analógico (Watzlawick et al, 1985). Cuando aparecen resistencias de estos pacientes en las sesiones se escuchan mediante sus llantos, sus miradas esquivas, sus silencios, sus inactividades (Broqua, 2019a). Incluso empleando los habituales productos de apoyo para la ejecución de instrumentos musicales o la tecnología asistiva que sea necesaria (Broqua, 2019b, 2020b, 2020e, 2020f), si hay una resistencia del infante podría ser que no produzca sonido, o no sostenga el instrumento, o no se incorpore en el discurso sonoro conjunto. Pero nada de esto puede observarse si el paciente no asiste. El silencio de la ausencia es completamente improductivo desde lo analizable en sus aspectos sonoros.

Ahora bien, consideramos que estos pacientes no pueden ser responsables de su posición de asistir o no a las sesiones. Como en otros casos en la clínica de infantes, la decisión y el acto de asistir a terapia se encuentra en manos de los adultos a cargo. Pero adicionalmente, en estos casos, aparecen las NCC, es decir, nos referimos a infantes no hablantes. Entendemos, compartiendo la idea del psicoanálisis lacaniano, que el ser hablante tiene la habilidad de elegir, que posee posibilidades de responder, aceptar, cuestionar o rechazar, de dar cuenta de algún deseo puesto en juego (Romé, 2021). Por esto, en estos casos, no siendo sujetos hablantes, en todo caso, estos infantes son hablados por otros. Podrán dar cuenta de sus elecciones mediante respuestas no verbales dentro de las sesiones: rechazando lo que el terapeuta les ofrece, dando vuelta la cara, cerrando los ojos, dialogando con sonidos con su terapeuta, etc. Pero entonces, para contemplar su respuesta se requiere que participe en el dispositivo clínico y esto supone que esté presente en sesión. Pero la asistencia o no a las sesiones no podría considerarse una respuesta de estos pacientes, sino de los adultos de quienes dependen. Y si las inasistencias expresaran resistencias a los tratamientos, serían manifestaciones de sus familias, manifestaciones de fuerzas inconscientes que se contraponen a los avances de los tratamientos (Flores et al, 2009).

Es entonces cuando el equipo de profesionales infiere que hay una resistencia, manifestada mediante las inasistencias excesivas a sesiones, y que está establecida por la familia. Es decir, que esta resistencia que se

vuelve repetición en acto, cuando el sujeto expresa que un impedimento le imposibilitó asistir a la sesión (Lacan, 1964) no es instalada aquí por los pacientes sino por los adultos a su cargo. Quienes llaman para excusarse por tener turnos médicos, trámites de la obra social, síntomas varios y demás compromisos superpuestos. Quienes saben que tendrán muchos años por delante de tratamientos y encuentran dificultades para observar los avances en sus niños y niñas. Quienes en entrevistas con el equipo reafirman su compromiso de asistir con nuevos acuerdos, horarios adaptados a sus necesidades para luego dejar de asistir nuevamente. Coincidimos con Leibson (2013) en concebir la resistencia como motor del tratamiento, un obstáculo que permite buscar nuevos caminos para redireccionar el proceso. Pero estos nuevos caminos sólo se recorren si la barrera es adecuadamente tenida en cuenta en el tratamiento, si se la interpreta como posibilidad. Para que esto suceda, allí debe operar el deseo del terapeuta.

Entendida de esta forma, la resistencia no se ubicaría únicamente del lado de paciente (y su familia) sino que también podría ser pensada del lado del profesional (Leibson, 2013). Esta mirada explicaría las razones de que estas inasistencias, interpretadas por los terapeutas como resistencias de las familias, se sostengan durante años en tratamientos prolongados. Parecería posible la hipótesis de que, de parte del equipo, no habría una lectura de esta resistencia del lado de los terapeutas (o de la institución misma, incluso) ni de interpretar al obstáculo como motor de un avance en el proceso terapéutico. Si hay resistencia (o si al menos parte de las inasistencias se debieran a la resistencia familiar), ¿no pueden acaso los terapeutas tomarla como motor del tratamiento e intervenir en pos de su beneficio? ¿Por qué entonces este ausentismo se vuelve excesivo y dura años en todas las actividades institucionales? Ahora, si en cambio (o si además) hubiera resistencias del lado de los terapeutas (o de la institución), ¿qué acciones podrían llevarse a cabo para transformarlas en generadoras de cambio a favor del proceso terapéutico? El equipo ya realiza acciones para contrarrestar el ausentismo. Pero su persistencia durante años manifiesta que las acciones realizadas hasta el momento no han generado los resultados esperados.

Fue entonces cuando la pandemia del COVID19 llegó a la Argentina y con ella, desde marzo de 2019, arribó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio decretado por el gobierno en el Decreto 297/2020 (Decreto 297, 2020). Éste obligaba a la suspensión de tratamientos presenciales no urgentes, por lo que los tratamientos terapéuticos de largo plazo continuaron de manera teleasistida. Así fue como se observaron dos casos en los cuales la participación en las sesiones teleasistidas de musicoterapia era repentinamente mayor a la de la presencialidad.

Problema

El problema estudiado puede describirse como la inasistencia excesiva a tratamientos musicoterapéuticos que perjudica la continuidad y el avance de los procesos terapéuticos. Como inasistencia excesiva entenderemos una mayor cantidad de ausencias que de asistencias a las sesiones de musicoterapia repetidamente en el año. Se hace foco en el hecho de que durante la teleasistencia hubo mayor participación en las sesiones que en los años de presencialidad previa, para buscar posibles soluciones vinculadas a la modalidad. Esto permitiría cuestionar la hipótesis institucional acerca de que las ausencias repetidas se deben únicamente a una resistencia familiar. Si aquello que no podía ser recordado fue repetido en las conductas y se brindó al terapeuta para edificar con ello (Lacan, 1964), el profesional tuvo una oportunidad de intervención.

Sin embargo, por motivos administrativos la institución, en función de las demandas de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, ha determinado desde 2022 volver a la atención únicamente presencial, sin contemplar la posibilidad de incluir sesiones virtuales. De este modo, la problemática, lejos de haberse resuelto, vuelve a resurgir. Este accionar parecería mostrar que sí, cierta parte de la resistencia a la continuidad de estos tratamientos aparece del otro lado, tal vez no claramente de parte de los terapeutas, pero sí, al menos, desde la institución.

Objetivo general

- Analizar las diferencias entre tratamientos musicoterapéuticos presenciales y teleasistidos de dos infantes con discapacidades o diversidades funcionales múltiples (motriz e intelectual simultáneamente en ambos) y NCC que obstaculizan el sostenimiento del tratamiento.

Objetivos específicos

- Indagar sobre los motivos que obstaculizan la asistencia a los tratamientos musicoterapéuticos presenciales de dos infantes con multidiscapacidades o diversidades funcionales múltiples y NCC.
- Describir las características de la teleasistencia musicoterapéutica que favorecen el sostenimiento de los tratamientos para encontrar mejores estrategias de intervención posibles para dos infantes con multidiscapacidades o diversidades funcionales múltiples y NCC.

Se busca comparar los procesos musicoterapéuticos presenciales con los teleasistidos identificando posibles factores que expliquen la mayor adherencia al proceso terapéutico a distancia. Entendiendo que, no siendo hablantes a causa de sus NCC sin lenguaje verbal expre-

sivo ni comprensivo, estos infantes no podrían manifestarse como responsables de su posición. Al menos en esta instancia por la que están atravesando son otros quienes toman la decisión de su asistencia a las sesiones, ellos no dan su consentimiento acerca de si acudir o no al tratamiento (Romé, 2021). Por lo cual, se entiende que si se sostiene la hipótesis institucional de la resistencia familiar al tratamiento, ésta debía haber aparecido con igual fuerza también durante la atención virtual.

Esto no implica que estos pacientes no puedan dar signos de resistencia al tratamiento musicoterapéutico. Llantos, simulaciones de sueño, miradas esquivas y rechazos de instrumentos musicales ofrecidos serían ejemplos claros para comunicar su elección frente a la participación en las sesiones. Pero su dependencia de los adultos debida a sus diversidades funcionales múltiples hace que este tipo de elecciones no puedan ser manifestadas por ellos mediante las inasistencias. Incluso si quisieran alejarse del adulto o salir del consultorio, su dependencia de sillas de ruedas para la movilidad también se lo impediría. Por esto, se atribuye la posibilidad de la asistencia al tratamiento a la familia. Si el ausentismo diera cuenta de una resistencia al proceso terapéutico, no se le carga en estos casos a los pacientes.

La teleasistencia terapéutica no ha tomado el mismo formato en todas las disciplinas terapéuticas, ni ha sido llevada a cabo de igual modo por todos los profesionales ni han respondido de forma análoga todos los pacientes ni todas las familias. Ya la postura inicial frente a las tecnologías varió en cada sujeto participante de cada proceso terapéutico (Broqua, 2021b). Por esta razón, la descripción de las características de estas teleasistencias que favorecieron la asistencia a las sesiones podría dar herramientas para proponer un formato que favorezca los procesos musicoterapéuticos en otros casos similares.

Población

La población se seleccionó entre los 20 pacientes que asistían a musicoterapia individual en un centro terapéutico del partido de Merlo, provincia de Buenos Aires, Argentina, con la misma musicoterapeuta. Se buscó a aquellos pacientes que manifestaban inasistencias excesivas al tratamiento musicoterapéutico y que luego sostuvieron el tratamiento por teleasistencia. La muestra está conformada por dos pacientes que tenían acordada una sesión semanal de 45 minutos de musicoterapia individual, por la mañana, además de concurrir de lunes a viernes también a la mañana al Centro Educativo Terapéutico de la misma institución. Presentan multidiscapacidades o diversidades funcionales múltiples motoras e intelectuales de distinta etiología y NCC sin lenguaje verbal expresivo ni comprensivo. En la tabla 1 se adjunta más información.

Tabla 1
Datos de los integrantes de la muestra

	Sexo	Edad al 31-12-21	Diagnóstico
Paciente 1	Femenino	11 años	Cromosomopatía 1 (Deleción 1Q44)
Paciente 2	Masculino	10 años	Encefalofatía crónica no evolutiva

Nota: tabla de elaboración propia.

Metodología

El siguiente estudio de caso emplea como instrumentos de recolección de datos entrevistas a las familias de cada paciente (presenciales o virtuales) y encuestas virtuales con cuestionarios semiestructurados con preguntas abiertas y cerradas. Esto se ha triangulado con la lectura de registros de asistencia (en papel y digitales) y legajos de pacientes. Sobre esta información se hizo un análisis cualitativo.

Los dos infantes iniciaron sus tratamientos musicoterapéuticos individuales en diferentes años, con la misma musicoterapeuta, presencialmente, por la mañana, con una sesión semanal de 45 minutos desde enero hasta diciembre. A lo largo de un año tenían aproximadamente entre 33 y 40 sesiones de musicoterapia, variando este total según se tomaran vacaciones, hubiera feriados o algún otro acontecimiento excepcional. Los dos pacientes asistían al Centro Educativo Terapéutico de la institución y dentro de ese horario la musicoterapeuta los retiraba de su sala (donde trabajaban en grupo) para sus sesiones individuales una vez por semana. Esto hacía que las familias dejaran a los niños en la institución y los retiraran horas más tarde, sin cruzarse nunca con la terapeuta, quien se encontraba atendiendo en ambos horarios (de entrada y salida de los pacientes). De esta manera, la comunicación era diferida, se llevaba a cabo por escrito mediante un cuaderno que llevaban los pacientes los días que asistían.

Desde el 26 de marzo de 2020 se iniciaron las sesiones a distancia por teleasistencia, empleando los recursos tecnológicos con que contaban los terapeutas en sus hogares y las familias en los suyos. El cambio repentino en el tratamiento musicoterapéutico no fue operado con el objetivo de resolver el problema de las inasistencias, sino que fue una imposición ineludible generalizada para todos los pacientes. Con esta población, los tratamientos teleasistidos requerían la presencia de un tercero, un cuidador, que se comunicara verbalmente y que asistiera los movimientos, los objetos y los dispositivos. En estos dos casos los cuidadores fueron miembros de la familia. Esto instaló una gran diferencia en el encuadre en comparación con la presencialidad.

Las sesiones se proponían los martes por la mañana. A partir de las dificultades para asistir se repautaron los encuadres de musicoterapia, como se intentaba también

en la presencialidad. En este nuevo contexto remoto se realizaron tres negociaciones del encuadre musicoterapéutico con las familias al inicio, en mitad y hacia el final del 2020. A partir de allí, y ya con la autorización gubernamental, se propuso a uno de los niños comenzar con un período semipresencial (una sesión presencial y la siguiente virtual) que se logró concretar desde febrero del 2021. Este tratamiento volvió a la presencialidad plena hacia fin de 2021. La otra familia prefirió continuar el tratamiento remoto.

Estas renovaciones de los pactos del encuadre se lograron mediante encuestas online (generadas en formularios de Google) y entrevistas vía videollamadas, WhatsApp o una presencial. Cada familia respondía según sus posibilidades o preferencias. Las preguntas de las encuestas fluctuaban entre las siguientes:

- ¿Cómo les está resultando el tratamiento de musicoterapia con teleasistencia? o ¿Cómo les resultó el tratamiento de musicoterapia con teleasistencia? (pregunta abierta)
- ¿Qué tipo de propuestas pudieron sostener mejor? (marque todas las opciones que considere necesarias)
 - * videos con actividades para participar
 - * aplicaciones instaladas en el celular, tablet o computadora
 - * juegos en plataformas online
 - * llamadas/ videollamadas/ videoconferencias
 - * propuestas armadas con imágenes, audios y links
 - * otras
- ¿Cómo les parecieron mejores los encuentros sincrónicos? (marque todas las opciones que prefiera)
 - * por llamada telefónica
 - * por videollamada
 - * por videoconferencia (Zoom u otro)
 - * otra
- Si tuviéramos que seguir (o volver) con la teleasistencia ¿Qué modificarían para poder sostenerla mejor?
- Durante la presencialidad, si hiciera falta, ¿creen que alguna vez podríamos hacer encuentros sincrónicos virtuales (encontrarnos en un horario determinado)?

Las preguntas dependían de en qué momento del tratamiento se enviaba la encuesta y si se les había propuesto o no la presencialidad.

Desde el primer acuerdo sobre el nuevo encuadre las dos familias manifestaron preferir sesiones asincrónicas, lo cual les permitía participar cuando tuvieran tiempo disponible y evitar la superposición con sus horarios laborales y otros compromisos. Así, los martes las familias recibían una propuesta de musicoterapia vía WhatsApp empleando mensajes de audio, videos, imágenes, plataformas interactivas de juegos digitales, links a videos con canciones, etc. Cuando podían, completaban la propuesta y devolvían audios, videos o fotos a partir de los cuales la terapeuta realizaba su intervención y se prolongaba el intercambio. Se contemplaba una semana para la devolución de estas respuestas y al martes siguiente se hacía una nueva propuesta o se continuaba con una extensión de la

anterior si no había habido respuesta.

Respecto al desarrollo de las sesiones teleasistidas, la virtualidad exigió un cambio radical en las sesiones ya que, como se mencionó previamente, los dos pacientes poseían NCC sin lenguaje verbal expresivo ni comprensivo. Sumado a esto, en la teleasistencia no contaban con elementos contextuales (luz, espacio, objetos presentes, olores, sonidos del ambiente, etc.) para enriquecer la comunicación no verbal. Por esta razón, se emplearon sistemas de Comunicación Alternativa (CA). Aunque ambos infantes no habían adquirido un sistema de comunicación ni fuera el objetivo musicoterapéutico adquirirlo, se consideró indispensable contar con un recurso comunicativo accesible a sus posibilidades. Mientras no hubiera palabra ni código comunicativo equiparable, las manifestaciones del deseo mediante discursos sonoros no verbales se constituían como recursos expresivos, pero no siempre efectivos desde lo comunicativo. Es el código compartido con otro lo que vuelve efectiva la comprensión precisa del contenido del mensaje transmitido. De modo que se agregó la mirada a la escucha habitual de la presencialidad. Por esto se fue incorporando paulatinamente la CA, sumando una o dos imágenes por sesión mientras se sostenía el uso de las previas. En videos, simultáneamente a las imágenes, se agregaba información sonora que daba significado a la foto o pictograma (Broqua, 2020a). El objetivo de esta intervención fue hacer más comprensibles los mensajes que se enviaban a los infantes y generar en ellos alguna respuesta posible. En la medida en que pudieran paulatinamente elegir entre dos opciones mediante imágenes podría irse construyendo la posibilidad de elección, para luego responder al deseo que se pone en juego (Romé, 2021). Se apostó a que este hacerse responsable de su participación en el tratamiento se fuera cimentando mediante esta estrategia comunicativa y que en algún punto, a largo plazo, reemplazaría a la palabra ausente.

Resultados

Durante la presencialidad, las ausencias ocurrían no sólo a las sesiones de musicoterapia sino también a entrevistas con las familias. No había respuestas fluidas de las familias a notas escritas, ni atención de llamados telefónicos u otros tipos de convocatoria. Esto imposibilitaba la posibilidad de plantear la dificultad y volver a pactar el encuadre buscando soluciones conjuntas. Cuando se buscaba repautar los encuadres no siempre se lograba. Estas prácticas fallidas parecerían haber estado apoyadas en el hecho de que se buscaba concretar esos pactos con aquella parte del yo de los padres y madres que se encuentra sana. Se buscaba intervenir sobre un acuerdo en el cual participara la parte de los sujetos capaz de identificar la conducta y de modificarla. Sin embargo, si se entendiera que hay una resistencia al tratamiento instalada por la familia, esto supone ignorar el hecho de que, justamente esa parte implicada en la transferencia es la que se obtura a la posibilidad de modificar la resistencia. Entender que

la familia puede renegociar los encuadres interpretando su lugar en la resistencia supone “desconocer, de hecho, que esa es precisamente la parte involucrada en la transferencia, que ella es quien cierra la puerta” (Lacan, 1964. p 137). Y esto explicaría sus ausencias a las entrevistas presenciales en las que se buscaba resolver sus problemas para asistir a las sesiones.

En cambio, durante la teleasistencia, independientemente de la asistencia a las sesiones, se logró una comunicación mucho más asidua con las familias, lo cual permitió nuevas posibilidades, como incorporar objetivos terapéuticos en virtud de nuevas situaciones vividas o, por ejemplo, sumar imágenes de dibujos animados que la niña empezaba a identificar con sus correspondientes discursos sonoros.

Al revisar los registros de asistencia en los legajos de cada infante se observó que en 2018 el niño no tenía registros de haber asistido a ninguna sesión de musicoterapia, y en 2019 la niña tampoco. Esto suele suceder en la institución cuando un paciente no asiste en todo el año, ya que los registros en los legajos se inician el primer día que asiste. Por lo tanto, lo más probable es que esos años esos niños no hayan asistido a ninguna sesión de musicoterapia.

Una de las familias vivía en una zona alejada del Centro Terapéutico, en un barrio inundable. El traslado del niño a las terapias presenciales se realizaba mediante un remis que costaba su obra social y que no podía ser reemplazado por cualquier vehículo por dos razones: las exigencias de la obra social respecto al transporte y la posibilidad de que pudiera entrar la silla de ruedas en el baúl del vehículo. Estos requisitos, sumados a la inaccesibilidad del domicilio en que vivían, daban como resultado que sólo podía asistir si ese automóvil estaba disponible y si las calles estaban en buenas condiciones, aumentando el número de inasistencias cuando no contaban con ese vehículo y en días lluviosos. Este factor de las barreras en la accesibilidad urbana es ampliamente conocido y vivido por otros pacientes. Podemos entender que la teleasistencia haya facilitado sortear esta barrera, si bien no es la única razón que justificaba todas las inasistencias de cada año.

En la teleasistencia la mayoría de las sesiones fueron asincrónicas. Ante las renegociaciones del encuadre las familias demandaban más esta modalidad, ya que les

permitía un mayor sostenimiento. Por esto, la asistencia se determinó de otra manera. Se consideraba que el paciente estaba presente en sesión si la familia daba respuesta a la propuesta de la musicoterapeuta y si esta respuesta tenía vínculo directo con la propuesta. En algunas ocasiones las familias enviaban audios con respuestas sonoras de los pacientes, videos mostrando la realización de la propuesta, comentarios verbales sobre alguna dificultad surgida ante la propuesta, fotos, etc. Ante esto, la terapeuta realizaba su intervención y continuaba un intercambio que se consideraba dentro de la misma sesión aunque se completara otros días de la semana. Se destinaban 7 días desde la propuesta de musicoterapia hasta la siguiente y se esperaba la respuesta dentro de esa semana para considerar al paciente *presente* en esa sesión. En cambio, si la respuesta era sólo un saludo de la familia o la promesa de que luego intentarían la propuesta, después de una semana de no recibir más nada se consideraba *ausente* a la sesión (tabla 2).

Entre el fin de la presencialidad plena y el inicio del aislamiento fue notorio un repentino aumento de las asistencias de ambos pacientes. Se pasó de una o ninguna asistencia presencial en todo el 2019 a 14 y 11 sesiones virtuales asistidas respectivamente en 2020. Si bien el ausentismo siguió siendo excesivo ya que las asistencias representaban un porcentaje entre el 29 y el 36% del total de sesiones anuales, contrastan con el 0 a 5% de asistencias en 2018 y 2019. En 2021 el porcentaje de asistencias tampoco bajó del 25%.

Estos resultados permitirían interpretar que gran parte de los motivos de las inasistencias fueron reales, vinculados a las exigencias de traslado y horarios fijos de la presencialidad y, cuando se sortearon esas dificultades en la teleasistencia, en lugar de aparecer otras (lo cual sucedería ante una resistencia familiar), la asistencia aumentó. Este aumento registrado en musicoterapia no fue manifestado por otros terapeutas, lo cual muestra que haber podido leer una resistencia del lado del terapeuta e intervenir sobre ese obstáculo para impulsar un avance en el proceso terapéutico generó efectos.

Un resultado muy significativo fue que en muchas ocasiones se consideró *ausente* a la sesión ya que la devolución de la familia no tenía ninguna relación con la propuesta de musicoterapia pero sí se recibieron mensajes

Tabla 2
Asistencias y ausencias a sesiones de musicoterapia presenciales y teleasistidas

	2017		2018		2019		2020		2021	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Paciente 1	--	--	N	N	1p	32p	14t	3p y 21t	12t	30t
Paciente 2	5p	35p	2p	38p	N	N	11t	2p y 24t	8p y 3t	15p y 17t

Nota: tabla de elaboración propia. P = sesiones en las que estuvo presente; A = sesiones en las que estuvo ausente; t = sesiones teleasistidas; p = sesiones presenciales, N = no hay registro (esto suele suceder cuando el paciente no asistió a ninguna sesión en el año).

de la familia. Tal vez mensajes vinculados a la situación que les impedía responder lo propuesto, relatando un problema de salud, dificultades con la obra social, etc. De modo que, además de participar de más sesiones de musicoterapia agilizaron la comunicación con la terapeuta respecto a otros temas que pudieran influir en el tratamiento. Esta fluidez en la comunicación con las familias no existía en la presencialidad y brindaba información que favorecía el proceso terapéutico aun estando ausentes los pacientes a esas sesiones.

Durante la teleasistencia también aparecían en el discurso familiar los obstáculos para presenciar las sesiones sincrónicas. Turnos médicos, trámites, internaciones, compromisos laborales, etc. fueron, al igual que en la presencialidad, motivos para no conectarse. Sin embargo, la posibilidad de participar en sesiones asincrónicas permitía que, si por ejemplo, el martes a la mañana tenían un compromiso, pudieran conectarse de manera diferida y concretar la propuesta más tarde. La sincronía apareció, y en ocasiones fue solicitada, pero muy esporádicamente, ya que no se sostenía el acuerdo de conectarse en un horario. Ante estas respuestas podemos interpretar que hubo voluntad de parte de las familias de sortear impedimentos y asistir a musicoterapia. Aquí nos cuestionamos si las resistencias a los tratamientos presenciales, históricamente atribuidas a las familias por la institución, fueron tales, o bien si pudieron ser parcialmente modificadas a partir de la accesibilidad construida con la teleasistencia.

Una complicación que apareció en la teleasistencia fue la alteración de los ritmos cotidianos surgida durante el aislamiento, un factor observado también en muchas otras familias (Broqua, 2022). Esto generó dificultades para el manejo de horarios propios y compartidos. Así, al comienzo, los padres en algunas ocasiones respondían muy tarde por la noche, los fines de semana o en horarios y días en que la musicoterapeuta no podía atenderlos. Pero esto fue ajustado inmediatamente: los mensajes se recibían en cualquier día y horario (atendiendo a las necesidades de las familias de organizar sus tiempos) pero posteriormente la terapeuta respondía dentro de los horarios habituales de funcionamiento de la institución y según sus posibilidades. De modo que la modalidad sincrónica, podría haber permitido establecer tiempos fijos que facilitarían la construcción de nuevos ritmos cotidianos adecuados a la realidad del aislamiento. Sin embargo, estas dos familias no pudieron sostenerla. Por lo que la asincronía, si bien no favoreció el armado de nuevos ritmos cotidianos funcionales a la vida en el hogar, en cambio permitió sostener más sólidamente la continuidad del tratamiento musicoterapéutico.

La teleasistencia también presentó otros obstáculos. La brecha digital se manifestó en la poca velocidad de conexión, equipamiento, capacidad de almacenamiento y conocimientos sobre tecnologías digitales de las familias. Su buena predisposición para sortear estos obstáculos estaba influenciada por sus posturas tecnofílicas frente a la tecnología (Broqua, 2021b). En un momento, debido a la rotura de dispositivos y cambios de número telefónico, la institución perdió absoluto contacto con una familia.

La musicoterapeuta logró ubicarla mediante la red social Facebook, permitiendo así que se inicie la teleasistencia con ese paciente en todas las áreas de la institución.

Las características de la teleasistencia que favorecieron el sostenimiento de los tratamientos a distancia fueron:

- la asincronía de las sesiones, que permitía a las familias realizar propuestas en momentos en que tuvieran disponibilidad cuando en los días y horarios de sesiones de musicoterapia coincidía otro compromiso;
- la posibilidad de renegociar los encuadres con las familias tres veces a lo largo de los casi dos años de teleasistencia, lo que permitió revisar los aspectos que no funcionaban y modificarlos en conjunto con las familias;
- la selección de material digital simple, de bajo consumo de conexión y memoria, a partir de los comentarios de las familias sobre la saturación de sus dispositivos o la dificultad para acceder a determinada plataforma interactiva o descargar videos;
- el uso de CA en las sesiones de musicoterapia de manera continua y progresiva, a pesar de que los pacientes no manejaban un sistema de CA. Se lo empezó a implementar, a modo de modelado, como se ha realizado en otros casos (Broqua, 2021a). Las familias señalaban que los niños reconocían la voz de la musicoterapeuta, reían o escuchaban atentos mientras miraban la imagen vinculada al significado de ese sonido. Así, los padres presenciaban por primera vez las respuestas de sus hijos a musicoterapia, ya que en la presencialidad ellos no estaban presentes. Esto generaba un feedback sobre los resultados del tratamiento musicoterapéutico que no habían recibido en sesiones presenciales, porque estos niños no podían contarles (por sus NCC) lo que habían realizado en otras sesiones previas de musicoterapia. Comentarios de las familias como: “¡Cómo le reconoce la voz!”, “¡Se pone como loco cuando escucha su voz!” o “¡Si ve esa imagen en la pantalla no para de gritar hasta que le pongo ese video!” dan cuenta del asombro por respuestas de los infantes, tal vez habituales en musicoterapia, pero que en la presencialidad no sucedían ante sus ojos. Al no ser hablantes estos pacientes son únicamente hablados por otros, otros que con sus palabras habilitan avances en terapia.

Conclusión

A pesar de las innumerables razones enunciadas por las familias para justificar las ausencias a los encuentros de musicoterapia (tanto presenciales como virtuales), en teleasistencia la asincronía permitió participar en diferentes días y horarios. Esto aumentó la asistencia dejando en evidencia que podría ser cuestionada la hipótesis institucional de la resistencia familiar al tratamiento. Una lectura diferente a esta presunción podría ser que las razones de las ausencias se debían a inaccesibilidad

generada por obstáculos verídicos, algunos de los cuales se resolvían durante la teleasistencia por brindar mayor accesibilidad. Otra conjetura posible sería que la discontinuidad en el tratamiento en parte se debía a resistencias institucionales, que fueron modificadas cuando ante el aislamiento urgió realizar una propuesta diferente a la habitual. ¿Podemos entender que parte de esa resistencia se encontraba del lado de la musicoterapeuta y con la teleasistencia se lograron las modificaciones necesarias para vencerla? En todo caso, la mayor asiduidad en la comunicación musicoterapeuta-familia y la flexibilidad ante las renegociaciones del encuadre parecen haber sido los factores que favorecieron una mayor asistencia en la virtualidad.

La brecha digital, que afectó mayormente a una familia, fue sorteada, no sin dificultad. Así se confirmó que los obstáculos a la presencialidad (transporte, distancia, horarios laborales superpuestos) fueron mayores a los generados por la falta de recursos tecnológicos y conexión.

Los obstáculos surgidos para la asistencia a sesiones de musicoterapia fueron sorteados con mayor facilidad en la teleasistencia asincrónica que en la presencialidad y en la teleasistencia sincrónica.

La presencia de los padres durante las sesiones teleasistidas permitió una retroalimentación respecto de las experiencias de los pacientes en musicoterapia que no había sido posible en la presencialidad previa. Esto permitió por su parte un posible cambio de mirada que también puede haber generado el debilitamiento de las resistencias familiares.

Finalmente, en el proceso teleasistido se logró que los pacientes identificaran auditivamente la voz de la musicoterapeuta (sin verla ni físicamente ni su imagen), que prestaran atención a imágenes en pantallas buscando en ellas información, o que vincularan ciertas imágenes con discursos sonoros relacionados.

Discusión

A partir de la pandemia de COVID19 los tratamientos terapéuticos dieron respuesta a las nuevas demandas surgidas en el aislamiento. Pero podemos preguntarnos, si el tratamiento responde a nuevas demandas, ¿eso implica que la disciplina ha logrado un avance en su cuerpo teórico? (Hartmann, 2007).

Por otro lado, las características de esta intervención teleasistida podrían implementarse en otras intervenciones remotas diferentes con el objeto de mejorar un mayor sostenimiento del tratamiento. Más allá del aislamiento, esta modalidad de intervención virtual podría ser una buena estrategia para ofrecer en casos de ausentismo repetido o inasistencias excesivas. Aunque no debemos olvidar que la modalidad teleasistida fue transformada de tal manera que hasta se modificaron ciertos objetivos terapéuticos establecidos en la presencialidad que no podían trabajarse a distancia. Por lo tanto, quizás una modalidad semipresencial, sería más efectiva.

Pero para que los terapeutas hagan esta propuesta debe haber una lectura previa que vea a la resistencia como un obstáculo que motiva un motor de avance en el tratamiento (Leibson, 2013). Y simultáneamente una mirada del otro lado de la resistencia: el de los profesionales y la institución. Si el profesional y la institución estuvieran convencidos de que la resistencia se ubica sólo del lado de la familia, estaría obturada la posibilidad de que el terapeuta o la institución generen cambios.

En este punto nos interrogamos acerca de otras posibles razones del ausentismo. Entendiendo que el ausentismo excesivo sucedió durante años en todas las disciplinas terapéuticas, ¿podemos hablar de una posición de la familia frente al infante con discapacidad múltiple? Su falta de lenguaje verbal y su diversidad intelectual facilitarían el ubicarlo en el lugar del endeble, el que no tiene deseo, que no sabe o no puede (Pérez Arias, 2021). Siendo así, el proceso terapéutico podría ser visto por la familia como una herramienta de poco valor.

Los resultados de la teleasistencia son un punto de partida para seguir estudiando las posibilidades de esta modalidad. Queda aún mucho camino por recorrer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basil Almirall y otros (1998). *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la Comunicación Aumentativa y la escritura. Principios teóricos y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 1998.
- Broqua, G. (2009). "Cuando la música es lo único que queda: Musicoterapia con multiimpedimentos profundos". En *El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad* (pp 163-165). Buenos Aires, AASM, 2009, 163-165.
- Broqua, G. (2019a). *Comunicación con instrumentos*. XI Congreso Internacional de Práctica Profesional y I Encuentro de Musicoterapia, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Broqua, G. (2019b). *Instrumentos adaptados para multidiscapacidades severas*. XI Congreso Internacional de Práctica Profesional y I Encuentro de Musicoterapia de la UBA, Buenos Aires.
- Broqua, G. (2020a). *Accesibilidad a la música con Comunicación Alternativa Aumentativa*. XI Encuentro ROCE: Música en comunidad, participación, inclusión y bienestar. España.
- Broqua, G. (2020b). "Accesibilidad en musicoterapia". En *ECOS-Revista Científica de Musicoterapia y disciplinas afines*, 5(1), 1-16. <https://revistas.unlp.edu.ar/ECOS/article/view/10382>
- Broqua, G. (2020c). "Primero niños, luego multidiscapacitados: una mirada musicoterapéutica". En *Revista Red Latinoamericana de Musicoterapia para la Primera Infancia*, 5, 2020 47-58. https://issuu.com/redlatinoamericanademusicoterapiapa/docs/revista_205_20final_20
- Broqua, G. (2020d) *Productos de Apoyo de Baja Tecnología Asistiva para Instrumentos de Percusión*. IX Encuentro Internacional de Investigación Musical. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. 1 y 2 de octubre de 2020.
- Broqua, G. (2020e). "Sujetos con retos múltiples severos: buscando al sujeto sonoro". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2020 (20) 51-57.
- Broqua, G. (2020f). *Tecnología Asistiva aplicada a instrumentos*. VII Congreso Latinoamericano de Musicoterapia, Bogotá, Colombia.

- Broqua, G. (2021a). *Comunicación Alternativa-Aumentativa en teleasistencia musicoterapéutica*. IX Simposio Latinoamericano de Musicoterapia. Panamá.
- Broqua, G. (2021b). *¿Qué nos pasa con las tecnologías? Mitos y resistencias a la teleasistencia terapéutica*. XIII Congreso Internacional de Psicología y III Encuentro de Musicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 24 de noviembre.
- Broqua, G. (2022). "Alteraciones de ritmos cotidianos en cuarentena: una intervención musicoterapéutica en Argentina". En *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 2(29), 70-87. <https://doi.org/10.51914/brjmt.29.2020.29>
- Cadorini, M. (2007). "Repetición y acto analítico". En Lowenstein, A., compiladora (2007). *La función de la repetición*. Buenos Aires: Letra Viva, 2007.
- Decreto 297/2020 y sus Disposiciones (2020). Poder Ejecutivo de la Nación. Rep. Argentina (2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Flores, G.E., Campo, C.I., Poblete, D.G. y Campo, Z.G. (2009). "Transferencia-contratransferencia y resistencia en el contexto clínico actual". En Trímboli, A., Fantin, J.C., Raggi, S., Fridman, P., Grande, E. y Bertran, G. (2009), *El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, 2009.
- Hartmann, A. (2007). "Ética y clínica". En Lowenstein, A., compiladora (2007). *La función de la repetición*. Buenos Aires; Letra Viva, 2007.
- Lacan, J. (1964). *El Seminario*. Libro 11. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- Lecourt, E. (2006). *El grito está siempre afinado: viñetas de la clínica musicoterapéutica*. Buenos Aires: Lumen, 2006.
- Leibson, L. (2013). "Alcances de la noción de resistencia en la práctica psicoanalítica. Su articulación con la transferencia y la repetición". En *Anuario de Investigaciones*, Universidad de Buenos Aires, XX, 2013, 117-124.
- Light, J. y Mcnaughton, D. (2015). "Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs". En *Augmentative and Alternative Communication*; International Society for Augmentative and Alternative Communication, 31(2): 85-96. DOI: 10.3109/07434618.2015.1036458
- Pérez Arias, E. (2021). "Discapacidad intelectual: entre salud mental y educación. Aportes desde el campo del psicoanálisis". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2021(21), 193-200
- Romé, M. (2021). "La responsabilidad en la clínica con niños: debates actuales y contribuciones de la enseñanza de Lacan". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2021(21), 15-22.
- Soro-Camats, E. y otros (2012). *Pluridiscapacidad y contextos de intervención*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació. Recuperado el 5, junio, 2019 de: diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33059
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder, 1985.