

REFLEXIONES ACERCA DE LA SUPERVISIÓN EN MUSICOTERAPIA. SUPERVISIÓN DE UN EQUIPO DE MUSICOTERAPEUTAS

Diego Schapira

En este capítulo expresaré algunas ideas acerca de la supervisión, para abocarme luego a la descripción de la supervisión de un equipo de musicoterapia en un hospital general de agudos. La supervisión es un aspecto fundamental de la ética del ejercicio profesional del musicoterapeuta, constituyéndose en un espacio en el que el mismo, con la ayuda de un supervisor, puede acceder a una comprensión cabal de la problemática las personas con las que trabaja, revisar los aspectos procedurales de sus intervenciones, comprender los aspectos relacionales concientes e inconcientes implícitos en las dinámicas interactivas entre los participantes, considerar la influencia de la institución en la que trabaja en su quehacer cotidiano, y advertir el involucramiento de aspectos propios en el devenir de una sesión o de un proceso terapéutico.

Es curioso advertir que, siendo la supervisión un aspecto esencial para la vida profesional del musicoterapeuta, sea escasa la bibliografía publicada acerca de este tema. De la existente, la mayoría se encuentra en idioma inglés, lo que hace que en el afán de profundizar en el conocimiento sobre este tema, muchas veces se recurra a dichos libros, que suelen tener una mirada acerca de la supervisión diferente a la que prima en los países hispanoparlantes. Tampoco pareciera advertirse el énfasis necesario acerca de su necesidad en los contenidos curriculares, y muchas veces los colegas se gradúan sin tener la plena conciencia de que supervisar nuestro trabajo es imprescindible. De este modo, con el correr de los años se han ido instalando en el imaginario profesional ciertas ideas, algunas veces sostenidas por supuestos consensuados por la comunidad musicoterapéutica, cuyo ejercicio va en detrimento de la consideración que los demás profesionales de la salud, y parte de la sociedad tienen de la disciplina.

Una de estas ideas es que “la supervisión se realiza de manera indispensable sólo para las prácticas durante la formación”. En la etapa de formación como musicoterapeutas, en realidad no podría ser de otra manera dado que, si así no ANAIS DO XVI FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA e I Seminário Paranaense de Pesquisa em Musicoterapia. Volume 16 – 2015.

fuera, además de constituir un error en la dinámica docente, generaría una grieta en la ética profesional. La supervisión de las prácticas en la etapa universitaria es una salvaguarda para los pacientes con los que se trabaja, y para los futuros musicoterapeutas es un aprendizaje en acción de las bases de la ética profesional. De hecho, hay textos dedicados a la supervisión “pre-profesional” (por ej. Summer, 2001; Stige, 2001; Thomas, 2001). El problema es que luego no se hace hincapié en la consideración de que esta práctica, inherente a la excelencia académica en la formación de los musicoterapeutas, es solo el primer paso para la incorporación de la supervisión como parte del ejercicio profesional.

Otra de las ideas imperantes -que tal vez tenga su origen en la idea anterior-, ya para los graduados, es que la supervisión es algo necesario en el inicio de la práctica y que, con la acumulación de experiencia, se puede ir tornando en algo prescindible. En este caso, se suele incurrir en reposar en la falta de urgencia, y se olvida la prevención de las habituales circunstancias –a veces pequeñas- que contribuyen a la configuración de las dinámicas múltiples y complejas de cada uno de los procesos terapéuticos. Entonces, los musicoterapeutas supervisan su trabajo luego de graduarse, y al poco tiempo comienzan a espaciar el lapso entre cada supervisión, hasta relegarlas para cuando se encuentran en situaciones confusas que no pueden desentrañar, o en las que advierten que pueden estar cometiendo un error. Es como si se considerara a la supervisión como una situación necesaria solo para resolver emergencias, pero no para prevenirlas. Si pensamos a la ética no como un conjunto de obligaciones a cumplir, sino como el consenso establecido en el seno de la comunidad acerca de los mejores criterios, valores y conceptos que deben orientar la conducta del musicoterapeuta, en función de los más elevados fines que se puedan atribuir a la construcción de conocimiento y al ejercicio de la profesión, debería prevalecer la noción de que la supervisión, en tanto práctica básica de la ética profesional, es una parte del trabajo del musicoterapeuta que debe realizarse a lo largo de toda la vida de trabajo. Esta es una de las principales razones por la que los musicoterapeutas no deberían considerar a la supervisión como algo opcional, ni como algo que es necesario sólo en los comienzos del ejercicio profesional, de lo que se puede prescindir a medida que aumenta la experiencia profesional. La supervisión es una parte del trabajo, y como tal debe

estar considerada dentro de los honorarios contratados, y como parte de la inversión necesaria de todo musicoterapeuta para su buen desempeño profesional. No supervisar denota una actitud vinculada con la omnipotencia, con la ignorancia o con la negación, y en ninguno de estos casos favorece la práctica del musicoterapeuta.

¿Quién supervisa?

Si bien en algunos países se ha prestado atención a la formación de supervisores, sobre todo para la etapa pre-profesional, no hay un consenso claro acerca de las características que debe reunir quien se dedique a esta tarea. Tal vez haya un acuerdo en que el supervisor debe ser un buen profesional, con experiencia acreditada en el campo clínico y/o social y sólidos fundamentos teóricos. Sin embargo Cheryl Dileo sostiene que la supervisión musicoterapéutica va más allá de las aptitudes clínicas o pedagógicas, incluyendo una combinación de habilidades psicoterapéuticas, educacionales y evaluativas que deben sumarse a *“atributos personales específicos, tales como el desarrollo de actitudes positivas sobre la profesión (...) en el nivel más básico lo más importante pareciera ser el tipo de persona que es el supervisor, siendo más importante que los métodos y técnicas que el mismo utilice, su habilidad para establecer una relación de trabajo efectiva y colaboradora con sus supervisados”* (Dileo, 2001 pág 22,23).

En algunos casos se percibe al supervisor como un terapeuta. En otras oportunidades, se lo piensa como un docente. En ambos casos se diluye la singularidad de la instancia de supervisión, que no debería confundirse con un proceso terapéutico específico que realiza el supervisando, ni debería homologarse con una tarea exclusivamente docente. Si bien confluyen elementos de ambas vertientes, la supervisión no es terapia ni es docencia, sino que adquiere atributos propios y específicos, establecidos en la intersección de estos dos campos. Configura una zona específica, enraizada en los mismos pero claramente diferente ya que apunta al crecimiento interior del musicoterapeuta en sus aspectos profesionales, y al dominio de los procedimientos específicos. Es responsabilidad del supervisor establecer los alcances y los límites de su tarea cuando se establece el contrato de trabajo con los supervisandos, y permanecer atento a la dinámica de la

supervisión cuando se aproxima a los límites de su especificidad. De hecho, es habitual advertir en supervisión que algunas dificultades en el trabajo del musicoterapeuta se deben al desconocimiento de algunos procedimientos específicos, o bien de contenidos teóricos. En estos casos, la tarea del supervisor es establecer la línea divisoria entre el campo de la supervisión y el de la formación, y sugerir la profundización del estudio con quien corresponda. También es habitual que, en la profundización de las implicancias personales que conlleva el trabajo del musicoterapeuta, este se tope con aspectos cuyo tratamiento excede el encuadre de la supervisión. Nuevamente, es el supervisor quien debe establecer la línea divisoria y sugerir al colega que supervisa la revisión de los mismos en un ámbito terapéutico. En lo que no debería haber discusión, es en que la supervisión en musicoterapia debe ser llevada a cabo por un musicoterapeuta. No hay otro profesional que tanto por sus conocimientos teóricos y técnicos, como por su trayectoria en el ejercicio asistencial pueda comprender y abarcar tan cabalmente la superposición de dinámicas que experimenta quien está supervisando.

¿Qué se supervisa?

Idealmente, en la supervisión se genera un espacio en el cual los supervisandos pueden tender a desarrollarse al máximo de su potencial, eligiendo su propio camino como terapeutas, al revisar con otro todos los aspectos inherentes a su ejercicio profesional. Pero esto no se da de inmediato, sino que requiere transitar un proceso en el que se van logrando niveles de profundidad mayores a medida que se afianza la relación supervisor-supervisando. Frohne-Hagemann se pregunta “*¿El supervisor está ahí para aconsejar, enseñar, entrenar, apoyar, prevenir el agotamiento y analizar improvisaciones musicales y sus dinámicas relacionales, o para algo más? Es muy importante estar al tanto de la función del supervisor para no quedar involucrado en conflictos que surgen de contratos de supervisión poco claros*”(2001, pág 232).

Desde la perspectiva del Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM) se considera que en el proceso de supervisión se construye una relación transferencial entre el musicoterapeuta y el supervisor, similar a la que se da en los procesos terapéuticos, por lo que la contratransferencia le otorga a este último una valiosa

ANAIS DO XVI FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA e I Seminário Paranaense de Pesquisa em Musicoterapia. Volume 16 – 2015.

información acerca de lo que puede estar ocurriéndole a quien supervisa. Como señala Mechtilde Jahn-Langenberg *“Cuando las constelaciones transferenciales y contratransferenciales son tomadas en consideración, el trabajo hacia la comprensión se convierte en una composición creada por el supervisor y el supervisado en conjunto”* (2001, pág 271). Se pone en juego un complejo sistema en el que participa el musicoterapeuta que supervisa, analizando la transferencia de sus pacientes y la contratransferencia que en él se genera con los mismos, a la vez que se da un proceso transferencial entre el supervisando y el supervisor. Esto constituye un sistema triádico compuesto por el/los pacientes, el supervisando y el supervisor, siendo el supervisando quien tiene contacto con los otros dos, mientras el supervisor establece una relación con el/los pacientes a través del mismo. Esto significa que intervienen por lo menos dos vínculos en esta situación, dato que no conviene perder de vista ya que, si bien cada elemento del sistema triádico opera independientemente en un sistema diádico (paciente-musicoterapeuta; musicoterapeuta-supervisor). el hecho de que uno de ellos actúe en ambos (el musicoterapeuta) hace que, además de posibilitar que la supervisión sea posible, esta integre en su tarea un interjuego tan usual como complejo de identificaciones, proyecciones y contraidentificaciones proyectivas. El trabajo hacia la búsqueda de significado se da a través del análisis de esta doble instancia transferencial, que es lo que permite orientarse hacia el sentido del trabajo que realiza el supervisando con sus pacientes. Jahn-Langenberg destaca que *“esto promueve una re-experimentación de la situación terapéutica, renovando el sufrimiento de la misma, y entrando en simpatía con el problema (a revisar). El supervisor es llevado al campo de procesamiento común, traído a la vida del trabajo compartido entre la improvisación y las asociaciones que la acompañan. El trabajo interno del musicoterapeuta adquiere espacio en el campo reproducido de la supervisión profesional”*(Jahn-Langenberg, 2001, pág 274-275). Es decir que es habitual que el musicoterapeuta, en la instancia de supervisión, reproduzca con el supervisor aspectos de la dinámica transferencial que con él establecen sus pacientes. El supervisor entonces debe estar atento a la doble dinámica transferencial paciente-musicoterapeuta y musicoterapeuta-supervisor, a la vez que establece una conexión con la situación de los pacientes a través del musicoterapeuta.

La supervisión en musicoterapia contempla tres niveles: el primero de ellos concierne a la forma en que se implementan las técnicas y procedimientos y es el nivel más superficial de la supervisión. Se da por sentado que las mismas son conocidas por los musicoterapeutas, y se revisa si dichos procedimientos han sido realizados de manera adecuada.

El nivel intermedio implica revisar dos aspectos. El primero de ellos es la pertinencia de las técnicas y procedimientos utilizados, en función de la lectura de los procesos terapéuticos de los pacientes. El segundo se refiere al establecimiento de objetivos y estrategias terapéuticas, para cada usuario o grupo con los que se trabaja. Esto es muy importante porque desde la perspectiva del APM pensamos en una musicoterapia centrada en la singularidad de cada persona, como unidad biopsicosocioespiritual, con su historia, su padecimiento, su entorno social específico y sus propios modos expresivo-receptivos.

El tercer nivel es el más profundo, e implica revisar tanto los aspectos transferenciales de los pacientes, como los aspectos contratransferenciales de los musicoterapeutas puestos en juego. No se abordarán aquí las particularidades del trabajo con la transferencia en musicoterapia, que varía en función de la población con que se trabaje, de la institución en la que esta labor se lleva a cabo, y del tipo de asistencia (focal o en proceso). Pero debe entenderse que cada situación es única, y que a los musicoterapeutas nos suceden cosas diversas en el trabajo en “ese” servicio, en “esa” institución, con “esa” patología, y con “ese” paciente en particular. Por lo tanto, en este nivel se supervisan los aspectos más profundos inherentes al posicionamiento del musicoterapeuta trabajando en cada situación particular. Se establece el acuerdo con el supervisando de llegar, si es necesario hasta aspectos que limiten con la frontera del trabajo terapéutico. Aceptando la consideración del determinismo psíquico se considera que en cada caso se ponen en juego aspectos de la historia de vida del musicoterapeuta, que se entrecruzan con la verticalidad del momento que le toca vivir, y que pueden condicionar su disponibilidad y actitud profesional. ¿Quién podría afirmar que nada nos afecta de lo que a nuestros pacientes les ocurre? Como bien señala Mendes Barcellos (2004) *“¿quién de nosotros no deseó alguna vez que un paciente no asistiera a una sesión? ¿Qué musicoterapeuta no se sintió completamente paralizado delante de un paciente que*

no realiza ninguna manifestación sonora o que no responde a todo aquello que el musicoterapeuta realiza? ¿Cuántas veces no pretendemos dar de alta a un paciente por considerarnos incapaces de ayudarlo?” La neutralidad y abstinencia que la ética profesional nos reclama como requisitos básicos de nuestra eficiencia, requiere que permanentemente nos aboquemos a revisarnos en cada situación en particular con nuestros pacientes. Habitualmente, entonces, la instancia de supervisión llega hasta un punto a partir del cual el supervisando podrá seguir ahondando en su espacio terapéutico personal.

Supervisión de un equipo de musicoterapia en medicina

Presentaré la modalidad de supervisión de un equipo de musicoterapia especializado en el área de medicina. El mismo trabaja en el Hospital General de Agudos y Maternidad Bernardino Rivadavia, de la ciudad de Buenos Aires. Para comprender el encuadre cabe mencionar que este es uno de los 33 hospitales públicos de la ciudad. La gente que allí concurre generalmente carece de seguros privados o de cobertura laboral de salud, aunque también se incluye a quienes la poseen. Es decir que la población hospitalaria es mayoritariamente de bajos o medios ingresos, y habitan tanto en la ciudad como en la periferia (Buenos Aires tiene 14 millones de habitantes). Parte de la población asistida también consiste de inmigrantes de países vecinos (Paraguay, Bolivia y Perú) que aún no han regularizado su residencia. Este dato es importante, porque los musicoterapeutas deben profundizar en una musicalidad multicultural.

La salud pública de la ciudad posee un excelente sistema de residencias y concurrencias. Las residencias constituyen un sistema rentado de especialización de posgrado dependiente del gobierno de la ciudad, para médicos y otros profesionales de la salud como psicólogos, nutricionistas, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionales o kinesiólogos, entre otros. Quienes quieran ser residentes deben someterse a un riguroso examen. Las concurrencias también son un sistema de formación de posgrado, pero no es rentado sino ad-honorem. Los concurrentes asisten al hospital dieciséis horas semanales durante cuatro años.

El hospital Rivadavia es uno de los ocho hospitales que hasta el momento han habilitado este sistema para los musicoterapeutas, y la concurrencia del mismo se caracteriza por estar especializado en la atención en medicina. Durante los cuatro años, los musicoterapeutas hacen rotaciones en los servicios de clínica médica de hombres, clínica médica de mujeres, reumatología, pediatría, obstetricia y neurocirugía, y atienden consultas por demanda en la unidad de terapia intensiva. Además reciben clases teóricas, y deben realizar cada año una investigación, cuya aprobación por el Departamento de Docencia e Investigación del hospital los habilita para pasar al año siguiente.

Durante esos cuatro años, los musicoterapeutas recién graduados trabajan de manera cotidiana con situaciones de dolor, sufrimiento, miedo, ansiedad y muerte, a lo que se suman otros aspectos adicionales como el encontrarse con situaciones familiares habitualmente disfuncionales, y difíciles condiciones sociales. También, cuando se trata de pacientes que provienen de otras provincias u otros países, los musicoterapeutas frecuentemente deben ayudarlos a superar el aislamiento y la desconexión de su entorno. Afortunadamente los profesionales también advierten que su trabajo contribuye al mejoramiento y acompaña los procesos de los pacientes durante la internación, y esto implica que parte de su tarea sea ayudarlos a volver a su vida fuera del hospital. Como es de imaginar, todo esto impacta en la persona del musicoterapeuta, y va generando efectos en él que muchas veces sólo se advierten por acumulación. Por eso, más allá de la asistencia a clases teóricas donde aprenden acerca de las patologías con las que trabajan, es imprescindible un espacio de supervisión. Es necesario para evitar el burn-out. Para ejemplificar con una simple analogía pensemos en los médicos radiólogos. Ellos cuentan con un medidor que les indica cuándo han alcanzado un grado de exposición por el que deben espaciar su trabajo. Si no lo hacen, pueden contaminarse. Los musicoterapeutas estamos permanentemente expuestos a temáticas difíciles, y a situaciones límites que inevitablemente causan algún efecto en nosotros. El dispositivo más apropiado para prevenir, o bien advertir si nos “estamos contaminando”, y modificar nuestra forma de estar y actuar con un paciente, es el de la supervisión.

¿Qué se supervisa?

La supervisión en musicoterapia, en el ámbito hospitalario, contempla los tres niveles antes mencionados. Pero considerando las características particulares del trabajo, donde el musicoterapeuta trabaja con la enfermedad y/o el deterioro físico, el dolor y a menudo con la muerte, la supervisión reclama abocarse al tercer nivel de profundidad. En este tipo de supervisión el musicoterapeuta puede registrar y analizar, más allá de la eficacia y pertinencia de los procedimientos y recursos implementados, los aspectos contratransferenciales que se ponen en juego cada vez que entran en un servicio del hospital y cada vez que, en ese servicio, se acercan al paciente con el que van a trabajar.

En el espacio de supervisión entonces suelen emerger contenidos profundos que, si no se revisan, no solo pueden obstaculizar el trabajo clínico, sino que pueden afectar al musicoterapeuta. No es extraño que surjan frases que denotan un impacto en temas vinculados con el sistema de creencias del musicoterapeuta, como *“la enfermedad o la muerte es algo que nos da vueltas todo el tiempo en la cabeza”*, *“me hace pensar en la propia muerte, o en la de mis padres”* o *“a veces tengo la sensación de que hay muertes injustas y otras no”*. También pueden emerger contenidos vinculados a otras situaciones vitales, como la posibilidad de la maternidad expresada por una de las concurrentes al decir *“el embarazo no es contagioso”*. En otros casos el musicoterapeuta puede tener dificultades para acceder a un servicio en particular y no a otros, y esto inevitablemente se vincula con aspectos de su mundo interno. La supervisión en estos casos puede ayudarlo a desentrañar qué lo obstaculiza. A veces, por ejemplo, puede ser el haber tenido parientes que han sufrido esa enfermedad. Otras, la proyección en algún paciente de contenidos internos que no pueden ser revelados a la conciencia, o bien la identificación de alguien a quien deben asistir con alguna persona de su propio entorno. La supervisión entonces le permite al musicoterapeuta darse cuenta de las posibles raíces de la dificultad con que se encuentra. Su resolución corresponde al ámbito terapéutico.

¿Cómo se supervisa?

La supervisión de este equipo es grupal, con una frecuencia semanal, todos los miércoles, durante 2 horas. Cada semana se trabaja sobre lo que ocurre en uno o dos servicios y, si es necesario nos enfocamos en alguna situación específica que haya ocurrido en algún otro servicio, que no pueda esperar hasta la otra semana. La dinámica grupal potencia el efecto de la supervisión, ya que los colegas advierten que hay problemáticas comunes, que no son exclusivas de un solo servicio, ni exclusivas de una sola persona. Como bien señala Frohne-Hageman *“Los miembros de los grupos de supervisión aportan diferentes posiciones, puntos de vista, marcos de entendimiento y patrones de intervención. Estas posiciones pueden ser discutidas en lo que se refiere a su compatibilidad e integración. Integración acá significa encontrar puentes y conexiones entre diferentes vistas del problema actual sin mezclarlas al azar”* y agrega que *“la variedad de usuarios y la variedad de perspectivas teóricas enriquecen a la supervisión; el proceso de encontrar puentes para la integración promueve el compañerismo y la tolerancia para con las diferentes formas de hacer y analizar trabajo clínico”* (2001, pág 233).

Por otro lado, la participación de todos permite compartir y aliviar el peso de la tarea a revisar, ya que en un grupo de supervisión, *“pueden descubrirse una variedad de relaciones transferenciales y dinámicas particulares dentro del campo interpersonal entre sus miembros”* (Jahn-Langenberg, 2001, pág 275).

En el comienzo de la actividad, quienes van a supervisar leen un informe acerca de lo realizado en su servicio, y comentan sus sensaciones e ideas acerca de lo ocurrido. Luego se da paso a una pequeña discusión grupal, y a partir de ahí, trabajamos con las técnicas del Abordaje Plurimodal. Consideramos que una de las maneras más efectivas de hacer insight acerca de lo que nos ocurre en nuestro trabajo, es utilizando nuestras propias herramientas con nosotros mismos. Por eso utilizamos las diferentes formas de las improvisaciones musicales terapéuticas, diversas técnicas de trabajo con canciones, técnicas con música editada y diferentes técnicas receptivas.

Relataré dos ejemplos que ilustran esta dinámica:

1) En una de las habituales supervisiones las musicoterapeutas que trabajan en el servicio de clínica médica de hombres manifiestan estar muy tristes, debido a que uno de sus pacientes, internado desde hacía 10 días por una infección que derivó en una septicemia fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos, donde falleció. Simultáneamente la musicoterapeuta que trabaja en el servicio de neurocirugía cuenta que se asustó y no supo cómo actuar cuando al estar por iniciar la sesión, su paciente internado por una micosis en meninges, comienza a tener convulsiones. Sólo atinó a llamar a los enfermeros, y relata haberse sentido paralizada. A todo esto las musicoterapeutas que están iniciando su primer año de concurrencia, y realizan su rotación en neonatología comentan que no saben si podrán soportar seis meses en ese servicio, ya que en las primeras dos semanas asistieron a la muerte de tres niños, uno de ellos mientras atendían a su mamá. Como es de imaginar, el clima en la supervisión es tenso y la sensación predominante es de pesadumbre. La propuesta, ante esta situación, fue la de elaborar algunas de las propias ideas y sentimientos con respecto a la muerte. La supervisión no es un espacio terapéutico personal y hay un acuerdo de que, por lo tanto, hay niveles de profundidad a los que no llegaremos. De todos modos, como era necesario poder enfrentar esa situación, la propuesta fue la de crear una canción, que versara sobre la muerte. El fundamento de esta sugerencia consistía no sólo el de poder procesar y esclarecer estas ideas y sensaciones, sino el de conectar a las musicoterapeutas con sus aspectos creativos, brindándoles la posibilidad de generar algo nuevo, de poder simbólicamente “dar vida” a algo, de poner en práctica una actividad que las conecte con sus aspectos más vitales y renovar la energía que aleje la posibilidad del burn-out. Las musicoterapeutas eligen recrear una parte de la canción “The show must go on” (El show debe continuar), de Queen, que es la canción que el grupo hace como despedida aún en vida de su cantante Freddy Mercury. Toman la primera parte de la canción y escriben:

*Espacios vacíos - ¿Para qué estamos?
Lugares solos - ¿y qué hago yo?
Sin parar, ¿Alguien sabe lo que buscamos?
Otro día, otra sesión
otro día, alguien muere hoy*

*Qué dolor, ¿Alguien quiere hacerse cargo?
 No más dolor!!
 No más dolor!!
 quiero que todos vivan
 sé que puedo ayudar
 pero estoy triste hoy
 No más dolor!!
 No más dolor!!
 Sé que puedo ayudarlos
 Y aunque hoy estoy triste
 Sé que sé como*

- 2) En otra supervisión, Las dos musicoterapeutas que están trabajando en el servicio de obstetricia, con embarazadas internadas por alto riesgo, comentan sentirse incómodas. No identifican por qué motivo, pero cuando llega el momento de iniciar la sesión se sienten desganadas. Ellas tienen 22 y 24 años, y por comentarios en otras supervisiones intuyo que en ellas se pone en juego algo relativo a la maternidad. Les pido que ambas, y otra musicoterapeuta más que en breve comenzará en ese servicio elijan instrumentos, se conecten con la sensación que les produce ir a trabajar a obstetricia, y comiencen a improvisar. Para hacerlo las tres escogen instrumentos de percusión. El resultado de la misma, desde el análisis integrativo desarrollado por el APM es el siguiente:

Factor de Origen: Transformación. Inician con un pulso que rápidamente adquiere el motivo rítmico del latido cardíaco (♩ □ ♩ □) y que luego comienza a acelerarse progresivamente a la vez que incrementa el volumen, hasta finalizar en un golpe forte seguido de un silencio.

Perfil de Integración: Parte todo rítmica en gradiente fusionado. Timbre, en gradiente diferenciado. Volumen en gradiente fusionado.

Perfil de Variabilidad: figuras rítmicas en gradiente estable. Volumen, en gradiente contrastante. Timbre en gradiente contrastante.

Perfil de tensión: Estabilidad rítmica en gradiente tenso. Figuración rítmica en gradiente cíclico. Volumen en gradiente tenso. Timbre en gradiente tenso.

Del análisis del mismo podemos inferir que las musicoterapeutas, simbólicamente, recrearon la angustia que les producía trabajar con las mujeres con riesgo de perder sus embarazos y de alguna manera pudieron “parir” en la música. Lo que cada musicoterapeuta fue tocando y escuchando durante la improvisación, como la escucha y el análisis posterior les permitieron darse cuenta de lo que les estaba ocurriendo. Como señala Scheiby *“escuchar el análisis de música de los usuarios y de los otros supervisados, puede ayudar al supervisado a expandir su entendimiento de los significados múltiples o específicos de la música”* (Scheiby, 2001, pág 315). La interpretación del análisis nos permite establecer que lograron modificar y darle dirección a una pulsión que sonaba enquistada, hasta llegar a un climax que fue vivido como algo liberador en el último golpe forte tocado al unísono. Se escucha que van manteniendo la figura rítmica del pulso cardíaco, y que la misma se va acelerando a medida que se va incrementado la intensidad. Las tres musicoterapeutas lo van realizando en conjunto, y cada una va modificando la forma de ejecución de sus instrumentos, estableciendo desde el timbre –es decir desde lo identitario de cada una- una clara distinción entre ellas. Nótese que la tensión no radica en la forma de organización de la energía psíquica (escuchada en la figuración rítmica), sino en elementos pulsionales (escuchados en la estabilidad rítmica), en la energía psíquica puesta a disposición (escuchada en el volumen, que se va incrementando incesantemente hasta terminar en un silencio reparador) y en la identidad femenina de las musicoterapeutas (escuchada en el timbre). Lo que se escucha es descrito como un parto, y esto permite que las musicoterapeutas rotantes en el servicio del obstetricia puedan advertir cómo aspectos personales vinculados a no sentirse preparadas para ser madres obstaculizan su ejercicio profesional.

A modo de conclusión

La supervisión no es algo opcional, sino una parte del trabajo del musicoterapeuta que debe realizarse a lo largo de toda la vida profesional. Es una de las salvaguardas de la ética profesional, y no depende de cuanta experiencia se tenga en un campo de trabajo, ni de los años acumulados en el ejercicio laboral. Los

musicoterapeutas somos personas que trabajamos con personas. Permanentemente transitamos por situaciones vitales que pueden afectarnos en lo particular, y que pueden afectar nuestra eficacia terapéutica. Muchas veces podemos encontrarnos en los consultorios con circunstancias de nuestros pacientes que nos impacten en núcleos propios no resueltos, albergados en nuestro Inconciente, y que pueden minar no solo la forma de ayudarlos, sino hasta nuestra forma de vivir nuestra profesión. Para prevenir esto, la supervisión cataliza los procesos de descubrimiento por parte del supervisando, y redundando en una mejor comprensión de sí mismo, del proceso que realizan los pacientes y en una mejora en el grado de eficiencia de su accionar profesional. Por lo tanto, la supervisión es algo indispensable para garantizar una buena disponibilidad hacia el trabajo, y procurar mantener una actitud hacia la excelencia profesional.

En lo inherente a la supervisión de un equipo de musicoterapia en el ámbito hospitalario, podemos ver que la misma:

- Confiere la posibilidad de un ejercicio idóneo;
- Permite revisar diagnósticos;
- Permite revisar y formular hipótesis y estrategias terapéuticas;
- Posibilita indagar acerca de los recursos instrumentados ;
- Genera la posibilidad de analizar la transferencia musicoterapéutica;
- Permite analizar la contratransferencia musicoterapéutica del profesional que supervisa;
- Facilita el trabajo interdisciplinario;
- Habilita la posibilidad de confrontar temas claves en el trabajo hospitalario; como: los límites en la asistencia, el posicionamiento ante el dolor, el deterioro físico y la muerte;
- Permite revisar las formas de estar en el hospital con el objetivo de evitar el *burn-out*.

REFERENCIAS

Dileo, Cheryl. **Ethical Issues in Music Therapy**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Frohne-Hagemann, Isabelle. **Integrative Techniques in Professional Group Supervision**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Hanser, Suzanne. **A system Analysis Approach to Music Therapy Practica**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Jahn-Langenberg, Mechtild. **Psychodynamic Perspectives in Professional Supervision**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Mendes Barcellos, Lia Rejane. **Musicoterapia. Alguns Escritos**. Enelivros. Río de Janeiro, 2004.

Schapira, Diego & otros. **Musicoterapia. Abordaje Plurimodal**. Ediciones ADIM. Buenos Aires, 2007.

Schapira, Diego. **Musicoterapia. Facetas de lo Inefable**. Enelivros. Río de Janeiro, 2002.

Scheiby, Benedikte. **Forming an Identity as a Music Psychoherapist Through Analytical Music Therapy Supervision**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Stige, Brynjulf. **The Fostering of Not-Knowing Barefoot Supervisors**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.

Summer, Lisa. **Group Supervision in Firt-Time Music Therapy Practicum**. En Forinash, M. *Supervision in Music Therapy*. Barcelona Publishers. Guilsum, Philadelphia, 2001.