

Entrevista a Susanne Bauer:

la musicoterapia y su diálogo con las demandas y necesidades actuales

La Dra. Susanne Bauer, destacada musicoterapeuta de origen alemán, tiene un fuerte vínculo con nuestro país y particularmente, con la Facultad de Artes de la Universidad de Chile. Ella, junto a Mimí Marinovic, Valeska Sigren, Patricia Lallana y Patricia Ubilla, crearon y dieron inicio en 1999 al Postítulo en Terapias de Arte, con mención en Musicoterapia en esta casa de estudios, apoyadas por el Dr. Luis Merino, quien era decano en ese entonces. Así comenzó la historia de la formación profesional de musicoterapeutas en Chile, la que hoy cuenta con casi dos décadas de trayectoria. Durante los primeros 10 años la Dra. Bauer fue coordinadora de este programa de postítulo, tiempo en que trabajó para que esta disciplina se conociera y tuviera el reconocimiento que hoy está alcanzando como terapia complementaria para el bienestar de las personas. Nos reunimos con Susanne en la Facultad de Artes una tarde de agosto de 2017, entre las actividades que la trajeron de visita a nuestro país.

Nos gustaría que nos contaras en palabras simples qué es la musicoterapia y a quiénes beneficia.

¡Esa es la gran pregunta! Es difícil definirla. Porque en el transcurso de la vida uno se da cuenta del tremendo efecto o valor que tiene la música en tan distintos ámbitos que ya no se pueden resumir. En el campo de la psicoterapia, donde trabajo yo, la música es más bien un medio para que las personas puedan tomar conciencia; primero simbólicamente, de cuáles pueden ser sus

trastornos emocionales, su manera de expresión, cuáles son sus límites de comunicación, de autoconocimiento, y de autopercepción. Entonces la música, como medio multisensorial, es comprendida como una unidad compleja y completa. Porque no solo la oyes, sino que también tocas el instrumento que escuchas, palpas, tienes una percepción visual. Funciona como un reflejo. Es decir, es posible percibir a través del sonido y a través del uso de los instrumentos cómo es una persona. Al establecer contacto con el sonido y desarrollar un discurso musical o sonoro, te das cuenta cuando te expresas de manera restringida. Tú tienes un instrumento con muchas notas y tú mismo te das cuenta si utilizas solamente un registro, o solamente los agudos. Y lo notas físicamente, acústicamente, táctilmente, visualmente. Para mí la musicoterapia en el ámbito de la psicoterapia es un medio de autoconocimiento y autoexperiencia profunda muy fuerte que luego, con los pacientes con los que yo trabajo, te lleva a la reflexión y a la verbalización, como una parte importante.

¿El proceso terapéutico que nos relatas es principalmente no verbal?

Incluye lo verbal, pero la experiencia no verbal es la más importante. Pasa por sentirse, escucharse y escuchar al otro también. Integrar lo escuchado y ahí reflexionar. “¿Eso soy yo?”, “¿así sueno yo?”. En personas que poseen capacidad reflexiva, eso necesita una verbalización.

¿Qué pasa cuando se incluye el canto o la canción durante el proceso musicoterapéutico, en que se verbaliza dentro del mismo discurso musical?

El canto es muy especial. Es un formato o tipo de intervención muy específica que hay que aprender. Saber en qué momento es útil y cuándo todavía es muy luego para que el paciente se confronte con su propia voz. En el contexto alemán hay una inhibición quizás mayor que en América Latina, que tiene que ver con nuestra historia. Porque el canto tuvo un mal uso históricamente. Entonces las personas recién ahora están retomando el tema del canto y su importancia. En la musicoterapia lo que hacemos es usar el canto para que las personas inventen sus textos y hagan una narrativa de su vida. Esto, en el caso que aparezca, porque no todos los pacientes tienen la habilidad de componer su propia vida en forma literaria. Puede ser utilizando una melodía creada o una canción conocida. Y sobre esto se pone un texto, que es situado. Es decir, ligado a la situación de la persona. Pero en el contexto psicoterapéutico lo que menos se usa es el canto de canciones conocidas. Esto se usa mucho más en geriatría y obviamente con los niños, donde la canción es como forma base del desarrollo del lenguaje, emocional y afectivo. Y con los adultos mayores, es parte de la memoria. Por lo tanto es un formato de comunicación y para relacionarse con la persona.

Actualmente resides en Alemania, desarrollando la musicoterapia como directora de un master y en el ámbito clínico. ¿Cuál es tu enfoque en esta disciplina y con qué tipo de pacientes trabajas?

Los últimos tres años he trabajado con pacientes de una clínica psicosomática, adultos que padecen de enfermedades psicosomáticas, pacientes que padecen dolor y con algunos que presentan depresión, y sobre los que no se tiene explicación

“

ME PARECE QUE SE DEBE AMPLIAR LA MUSICOTERAPIA EN VARIOS TERRENOS COMO LA GERIATRÍA Y EL ÁMBITO EDUCACIONAL, Y CONTINUAR CON EL FORTALECIMIENTO DEL ÁMBITO COMUNITARIO.

”

médica alguna. Esto funciona en una institución similar a un hospital público, pero que tiene adentro un recinto de psicosomática. Ahí formo parte del equipo de trabajo, donde se ofrece musicoterapia y arteterapia en forma individual y grupal.

Los musicoterapeutas formados en Chile provienen de diferentes formaciones de base. Son pedagogos, educadores diferenciales, psicólogos, músicos, incluso historiadores y filósofos. Esta riqueza podría constituir un desafío para el logro de competencias específicas en la disciplina. Pensando en esto, ¿qué condiciones o cualidades tiene que tener un musicoterapeuta?

Yo creo que lo más esencial es la herramienta, es decir, la música. Debe tener un nivel bastante bueno musicalmente. Debe tocar varios instrumentos, melódicos y armónicos. Además, debe tener capacidad para relacionarse. Porque se sabe que el proceso terapéutico pasa por la relación terapéutica. Y eso en musicoterapia se debe dar durante la comunicación musical. La capacidad empática, de escucha, la paciencia, captar cuál es la necesidad de tu

paciente. Esto hay que desarrollarlo de forma un poco diferente, de acuerdo a las distintas personas que ingresan. En Alemania tenemos exactamente el mismo grupo de personas que ingresan acá. La mayoría son pedagogos de música e intérpretes de música; algunos psicólogos, otros médicos, antropólogos y de la musicología también. La suerte es que ahí tenemos tres años para formarlos.

¿El master que diriges está dentro de una universidad, en una facultad de artes?

Está dentro de la Universidad de las Artes de Berlín, en la Escuela de Postgrado.

¿Y ahí se estudia música también?

Sí.

¿Alguien que termina sus estudios en música entra al master?

Sí, pero no de inmediato, porque es un master profesional. Los postulantes deben haber trabajado por lo menos un año. Haber tenido la experiencia de vincularse profesionalmente con la sociedad y después sentir la necesidad de querer ser musicoterapeutas. O sea, que trabajen en su profesión, y que sean un poco más maduros, más grandes cuando entren al postítulo. De hecho, tenemos un abanico impresionante de edades en nuestros estudiantes. Actualmente hay a una persona de 66 años que postuló y que aceptamos. Es una doctora psiquiatra y estamos felices con ella. Tiene experiencia de trabajo en Nicaragua, Guatemala, y su sueño de toda la vida era ser musicoterapeuta. Ahora se jubiló y quiere abrir una consulta de musicoterapia con todos sus conocimientos. Es muy parecido a lo de acá, que es muy heterogéneo. Lo que lamentamos es que entran muy pocos hombres. Este año vamos a tener 14 mujeres y ningún hombre. Cuando hemos tenido hombres, la mayoría han sido extranjeros, lo que nos llama mucho la atención.

¿Hacen algún seguimiento a los profesionales egresados?

Sí. Cada cinco años enviamos a los *alumni* una encuesta para saber si están trabajando y en qué; qué es lo que más les sirvió de la carrera y qué cambios proponen. Con eso también podemos captar las necesidades de la sociedad. Porque ahora, por ejemplo en Alemania, tenemos mucha necesidad de formar musicoterapeutas que sepan de medicina paliativa. En los hospicios, para la gente que está en las últimas semanas o meses de su vida, hay muchos musicoterapeutas trabajando, como también en geriatría y en demencia. Para estas necesidades nosotros tuvimos que introducir en el master más materias teóricas y ofrecer prácticas en estos lugares. Porque la sociedad necesita más de eso. Y eso lo sabemos gracias a las encuestas.

¿Un porcentaje alto de los egresados de musicoterapia se dedican a ejercer la disciplina?

Sí, por lo menos parcialmente. A tiempo completo los menos. Porque los músicos siguen tocando música y los de pedagogía siguen haciendo clases. Pero cuando hacen clases y tienen formación terapéutica, las clases son distintas. Hacen más clases individuales y con un enfoque más emocional del alumno. En Alemania hay musicoterapia en las escuelas de música. Se trabaja por ejemplo con chicos que están a punto de abandonar el instrumento. Entonces se les ofrece un espacio distinto, que es más de improvisación, porque se trata de detectar la razón que lo está llevando a dejar el instrumento. Y muchas veces es porque tienen una crisis emocional o de autoestima, que se puede remediar.

¿Cómo surge la iniciativa de crear la formación en musicoterapia en la Universidad de Chile?

Yo llegué el 91 a Chile y el 94 conocí a Mimí Marinovic en un congreso de psiquiatría, donde hice una presentación de musicoterapia. En esa oportunidad

ella me contó que trabajaba en la Facultad de Artes y que había mucha necesidad de crear un programa de musicoterapia. Durante ese tiempo y hasta el comienzo del postítulo hice consulta particular, estuve en el Hospital del Salvador y en el Psiquiátrico, ofreciendo servicio de musicoterapia gratuita. Y paralelamente Mimí y yo trabajábamos en el diseño de la malla curricular, con la colaboración de las musicoterapeutas Patricia Lallana y Patricia Ubilla, de Luis Merino, Rebeca León y Clara Luz Cárdenas. Y entre todas estas personas nos ayudamos a encaminar este proyecto. Como yo no sabía tanto de las políticas de la Universidad y Mimí manejaba más esa parte, yo aportaba principalmente con contenidos mientras ella se encargaba de la red política intrauniversitaria. Entregamos el proyecto y se aprobó en primera instancia.

Conociendo dos realidades que tal vez son muy diversas, América Latina y Europa, ¿cómo ves la proyección de la musicoterapia en América Latina, y particularmente en nuestro país?

Por lo que pude seguir, veo que ha avanzado muy bien. Que son mucho más profesionales que antes. El sueño mío sería que el actual postítulo se transformara en un magíster. Creo que al tener el grado de magíster y nosotros el de master, podemos hacer más cosas en común. La proyección creo que va un poco en la misma dirección. Me parece que se debe ampliar la musicoterapia en varios terrenos como la geriatría y el ámbito educacional, y continuar con el fortalecimiento del ámbito comunitario. Yo sé que ustedes tienen la musicoterapia como intervención en crisis, en momentos de catástrofe, lo que en Alemania casi no existe. Encuentro admirable que ustedes hayan logrado meterse en eso. Cuando lo veo y sigo lo que están haciendo, como en el caso de los terremotos, encuentro increíble que haya un lugar para los musicoterapeutas. En Alemania van los médicos, van los psicólogos, los policías –que tienen

preparación psicológica–, pero no llaman al musicoterapeuta. Nosotros estamos más en los locales físicos, no tanto de forma ambulatoria. No vamos a lugares de emergencia, tal vez porque aquí se producen más.

¿Son los músicos buenos pacientes de musicoterapia?

En Alemania hay algunos musicoterapeutas que se han especializado en ellos, porque son pacientes muy particulares. Pueden ser buenos cuando son abiertos. Son muy malos cuando tienen sus ideas muy fijas, sobre una estética musical, sobre la afinación, sobre una expectativa o si él mismo se somete a una presión o una exigencia alta, como cuando busca que la improvisación sea perfecta. Entonces yo no recomendaría musicoterapia. Pero cuando me dicen “yo vengo voluntariamente a musicoterapia, porque quiero probar con la música, que es lo que más me gusta”, y se abren para expresarse musicalmente de una manera quizá más emocional o más personal, en ese caso puede funcionar. Pero en realidad la primera indicación, en mi opinión, no es la musicoterapia. Yo preferiría que fueran a arteterapia.



¿Eso dependerá también del modelo de musicoterapia que se aplique?

Yo creo que es más fácil decidirlo en el momento. Si se me presenta un músico yo le ofrecería dos o tres entrevistas haciendo musicoterapia y le diría: “existe un modelo quizá más estructurado, la canción, la composición”, y vería con la persona misma si esto puede funcionar o no. No creo que un determinado modelo, como GIM o Nordoff Robbins, vaya con determinados personajes. Yo creo que es muy personal, muy individual. No se puede ser tan categórico. Es muy difícil hacer una correlación tan lineal.

¿La formación en musicoterapia abarca distintos tipos de modelo para que luego el especialista elija también de acuerdo a sus intereses o cualidades como musicoterapeuta?

No. Nosotros hacemos una formación bastante amplia, pero es basada en la psicología profunda, para que la gente tenga un abanico y una entrada a distintas áreas del campus, por si tú quieres trabajar con eso de la medicina paliativa, por ejemplo. No es el modelo Nordoff-Robbins o alguno de los cinco famosos, sino es una actitud con el paciente que se está muriendo, el niño o el adulto. Si vas a cantar con él, si vas a usar un instrumento de cuerdas, si conviene cantarle canciones conocidas o crear algo con la familia. No aplicas una técnica única porque la persona padece de la misma enfermedad del otro que está en la cama contigua. Con cada persona se hace un diseño individual de aplicación. Por eso es importante que el musicoterapeuta tenga varias herramientas. Por ejemplo, yo nunca estudié el modelo Nordoff-Robbins. Sé cómo funciona y lo leí, y conozco personas que lo trabajan, pero no tengo, por ejemplo, esa habilidad en el piano que ellos todos conocen, como más específico, por lo tanto ni siquiera lo podría ofrecer, pero yo puedo trabajar con los mismos pacientes que trabajan ellos.

¿Sigues desarrollando la musicoterapia morfológica como línea de investigación? ¿La utilizas como técnica en musicoterapia?

La enseño y uso con mis alumnos como una forma de evaluación. También en el diagnóstico y durante el tratamiento. Cuando yo trabajo con pacientes, también la tengo en mi mente, pero no como técnica en sí. Es más bien un abordaje, como dice Diego Schapira. La diferencia con otros abordajes es que tú trabajas mucho en la forma expresiva de tu paciente. En la Gestalt –término de la musicoterapia morfológica–, en que tú te incluyes como terapeuta en el modelaje de la música. No es que tú piensas: “¡ah! Ahí está mi paciente y aquí estoy yo, lo voy a acompañar, voy a tratar de llevar a mi paciente en esa dirección”. Tiene que ver con un encuentro con la morfología. Es más un encuentro de unión entre paciente y terapeuta, donde los dos vayan dibujando, cambiando y transformando lo que está estancado, lo que está parado en la psiquis del paciente. Trabajan juntos y van buscando un camino musical para, en este caso, ampliar o agrandar la expresión.

“

PERO ÉL A VECES SOLAMENTE SE ESCUCHA A SÍ MISMO O SOLAMENTE ESCUCHA AL TERAPEUTA, Y CUANDO UNO LOS GRABA Y ESCUCHA EL ENCUENTRO, LA IDEA ES QUE AHÍ SE PRODUCE ALGO COMPLETO.

”

¿Más que trabajar con patologías dirías que tu trabajo se centra en formas musicales?

Es verdad, no trabajo con un diagnóstico, con “una depresión” o con “una esquizofrenia”. Trabajo con una persona que tiene una manera especial de comunicarse, de expresarse o de relacionarse con otro. Siempre hay un problema relacional de fondo. La mirada morfológica me ayuda a entender el aspecto relacional, las asimetrías por ejemplo, la manera como alguien trata a otro o al mundo. Y eso significa escuchar, sentir y observar cómo trata al instrumento, cómo me trata a mí como terapeuta, qué música aparece, etc.

La musicoterapia morfológica te permite también trabajar con el lenguaje musical sin necesariamente tener que ser pianista, como indicabas con respecto al modelo Nordoff-Robbins.

En la morfología uno busca siempre la narrativa, cuál es la forma y hacia dónde va. Se parte de la idea de que existe un punto de partida, el que llamamos origen. Acá el paciente empieza con una nota y el terapeuta siente que no puede haber una sola nota en este paciente. El terapeuta siente el deseo de tocar esas varias notas que el paciente se autorrestringe y no hace. Entonces de él emerge lo complementario, para ver qué hace el paciente con eso, si se reconoce o si lo rechaza. El musicoterapeuta va trabajando junto con su paciente. Es en este sentido el encuentro que se produce. Es difícil decirlo.

Hay una implicación.

Sí, sí.

Entras, y luego tienes que saber salir también de ahí.

Sí. Tiene mucho que ver con la contratransferencia, con dejarse llevar, con las partes buenas y las partes

malas del paciente. Con las desesperaciones o las tristezas que uno siente y las pone en música. Las pone en el acto. Pero está siempre uno al servicio de su paciente. Y ahí el paciente se puede reconocer y te puede decir: “¡ah! Y esos sonidos tan tristes que usted tocó, ¿por qué lo hizo?” Y uno responder: “¿tendrá que ver con usted? ¿Puede ser?” Es importante grabar la música y hacerlo escuchar, porque pensamos que la música entre los dos pertenece al paciente. Pero él a veces solamente se escucha a sí mismo o solamente escucha al terapeuta, y cuando uno los graba y escucha el encuentro, la idea es que ahí se produce algo completo. Es como su ser más completo en la composición. Lo que él hace y lo que el terapeuta complementa intuitivamente.

¿Cómo es mirada la musicoterapia por la medicina en Alemania?

Está mejorando. Hace 50 años estaba muy bien, pero luego hubo una baja. Ahora está entrando mucho la neurología y el tema de la medicina paliativa está teniendo mucho más reconocimiento nuevamente, pero cuesta todavía.

En el contexto hospitalario, ¿los musicoterapeutas tienen que validar su disciplina de acuerdo a los códigos médicos o de acuerdo a sus propios códigos musicoterapéuticos?

Los musicoterapeutas tienen que saber mucho de su disciplina. El reconocimiento lo tienen cuando pueden hablar perfectamente, con teoría y ciencia sobre la musicoterapia. Eso está muy bien visto. Si tú hablas de forma demasiado esotérica, si sabes mucho de medicina pero no puedes explicar lo que está pasando en musicoterapia, no te consideran. Si tú puedes decir que existen investigaciones al respecto, la musicoterapia pasa a tener un valor científico. Yo participo en las reuniones médicas y hablo de mis pacientes en propiedad, entonces los médicos me respetan, porque se dan cuenta que

“

ESTAMOS EN UN PAÍS QUE ESTÁ AHORA CON MUCHA PRESIÓN, CON CHICOS QUE SON TRAUMADOS, PROVENIENTES DE LAS GUERRAS. Y HAY MUCHOS LUGARES Y COLEGIOS QUE NO DAN ABASTO.

”

utilizo un lenguaje técnico, tanto de la medicina como de la musicoterapia.

¿El musicoterapeuta es considerado de igual a igual en un grupo interdisciplinario con psicólogos, con kinesiólogos, con terapeutas ocupacionales y otros profesionales afines?

El reconocimiento está de todas maneras. El tema complejo es el pago. El pago es igual que otros terapeutas de arte, pero no así con los psicólogos. Es menor, con alguna excepción. Hay algunas clínicas o algunas instituciones que le dan más valor. Porque en Alemania no existe la ley del musicoterapeuta, por lo tanto los pagos difieren de una institución a otra. Eso es un dolor que tenemos, porque el pago es muy importante y tiene que ver con el reconocimiento de la profesión.

En Chile, si bien ha habido un desarrollo, una trayectoria importante, la musicoterapia mantiene una connotación un tanto esotérica. ¿Cómo mira la sociedad alemana a la musicoterapia? ¿Se produce algo similar a nuestro país?

No tanto. En Alemania existen formaciones a nivel estatal, casi todas de master. Pero existen algunos institutos particulares privados en que se obtiene un título como musicoterapeuta en un año. Ahí las teorías son muy vagas y eso daña a la profesión. Esa gente postula a cargos en que son aceptados, afectando la reputación, porque sabemos que no tienen las mismas herramientas para trabajar. No tienen el lenguaje ni la teoría de fondo que nosotros tratamos de enseñarles a nuestros alumnos. Entonces es muy injusto, porque pueden ganar exactamente lo mismo que nuestros egresados. Pero hemos sabido, por lo menos, que cada vez más los hospitales están buscando los que tienen un master, un grado. Existen, eso sí, algunas formaciones privadas que son distintas. Nos juntamos una vez al año los directores de los master y los invitamos a ellos también. Creo que son cinco de institutos privados, pero que tienen carreras completas de tres años. Hay una sociedad alemana de musicoterapia que tiene un estándar mínimo para que se acrediten ahí. Estos estándares establecen que se debe tener 100 horas de autoexperiencia, otras tantas de formación en teoría psicológica y medicina, y todas las carreras, o todos los cursos que cumplen con eso pueden acreditarse con la sociedad alemana. Quienes se acreditan figuran en una página web de esta sociedad. Entonces así se validan esos diplomas de musicoterapia. No son estatales pero son buenos, con buenos profesores.

¿Cuáles son las líneas de investigación más fuertes en el master que diriges en Alemania?

En toda Alemania la investigación cualitativa es la más fuerte. Estamos explorando todavía lo que es la musicoterapia. En la ciudad de Heidelberg está el Centro de Investigación de Musicoterapia. Ellos trabajan más la línea basada en evidencia, o sea más cuantitativa. Investigan sobre el tinnitus, sobre el dolor, hacen grupos de comparación. Pero muchos musicoterapeutas trabajan con encuestas, trabajan



en la observación clínica, van a terreno, filman, graban y ven los microcambios, hacen microanálisis y todo eso se enmarca en lo cualitativo. En el fondo aún estamos explorando. No se están aplicando, por ejemplo, muchas escalas pre-post test. Existen muy poco en Alemania. Hay algunos test en musicoterapia, pero la tendencia es exploratoria y descriptiva. Es muy interesante, porque permite conclusiones y categorías, pero cualitativas. Los que están desarrollándose fuerte ahora son los métodos mixtos, cualitativos y cuantitativos. Entonces se hace un cuestionario, se hace una escala, pero además de eso se hace el trabajo más cualitativo. Esto es importante también para el reconocimiento de la profesión, en que nos piden investigaciones cuantitativas. Nos dicen que para que sea una profesión o una carrera al mismo nivel que la psicoterapia o el psicoanálisis, deben haber evidencias. Nos piden resultados. Quieren saber qué es lo que mejora la musicoterapia. Debemos

comprobar que la musicoterapia es mejor que otra intervención. Por lo tanto, de esta forma se busca que los seguros médicos la lleguen a pagar.

¿Desde cuándo se hace musicoterapia en Alemania?

Desde el año 80 más o menos.

Y aún es necesaria la prueba, la evidencia.

Sí, sí. Pero eso tiene que ver mucho con la política alemana de la psicología y la psicoterapia, porque en Alemania es distinto que acá. Los seguros médicos pagan el tratamiento psicológico. El psicoanálisis, la psicoterapia profunda y la conductual. Entonces no quieren que entre otra disciplina que sea pagada, porque estaríamos compitiendo con los psicólogos y con los terapeutas, quitándoles posiblemente los pacientes. Tampoco quieren que entre la terapia Gestalt, ni el arteterapia, que actualmente hay que pagarlos en forma privada porque no son reconocidos como profesiones. Nos frenan, no nos dejan entrar.

En nuestro país la musicoterapia tiene mucho que hacer en el contexto pedagógico. Hay colegios de alta vulnerabilidad con equipos multidisciplinarios que trabajan con los estudiantes en riesgo y con necesidades educativas especiales. ¿Ocurre algo similar en Alemania?

En Alemania esto es cada vez más fuerte, porque tenemos el tema de la inclusión no solo por discapacidades varias, sino por el tema de los refugiados. Estamos en un país que está ahora con mucha presión, con chicos que son traumatizados, provenientes de las guerras. Y hay muchos lugares y colegios que no dan abasto. Tenemos cursos especiales para ellos, que además no hablan el idioma, que tienen otra cultura. Y ahí hay musicoterapeutas que se están empeñando y esforzando mucho. Hay una muy buena recepción al

uso de la musicoterapia, por ejemplo para ayudar al desarrollo del idioma. Porque la musicoterapia cuida la relación afectiva mientras se trabaja con la canción o el canto. Se está haciendo ahí mucho trabajo de inclusión. Pero tenemos también colegios de inclusión, igual que acá, que no funcionan muy bien, porque faltan profesores especiales. Los profesores normales se están quejando mucho de que no pueden estar con dos o tres niños que tienen alguna dificultad. Falta personal profesional y aunque hay musicoterapeutas trabajando, no son suficientes. Nosotros tenemos profesores de música que están estudiando musicoterapia. Y actualmente se busca que los colegios en las tardes ofrezcan talleres para niños con dificultades o trastornos.

¿Estos talleres son electivos? ¿Pueden entrar o salir cuando quieran?

No. Cuando hay una indicación de musicoterapia para un niño, ese niño va a estar ahí por el tiempo que el musicoterapeuta determine necesario.

¿Hay políticas que favorezcan la instalación de la musicoterapia en el sistema escolar?

Todavía falta diría yo. Podría ser mucho más. En Alemania somos descentralizados. Cada región tiene sus propias leyes de educación. Entonces lo que es válido en Hamburgo puede ser totalmente distinto en Bavaria, donde hay mucho más dinero. Entonces ahí es más probable encontrar la musicoterapia. El que sea federal es bueno, pero a veces ha sido muy injusto, porque son distintas leyes, distintas reglas en los distintos colegios.

Jaques-Dalcroze pensaba que en algún momento la música podría llegar a ser una terapia. ¿Tienes referencia al respecto?

Hay relación, pero en las raíces más históricas. Nosotros pensamos que una de las bases de la musicoterapia está en Dalcroze, porque se preocupaba mucho del ritmo. Él descubrió que es más que música. Que la música se relaciona con el ser humano, con el movimiento, con la mente.

En una entrevista a Silvia del Bianco, directora del Instituto Jaques-Dalcroze en Ginebra, ella nos relató que han trabajado interdisciplinariamente con temas afines a la musicoterapia, por ejemplo con adultos mayores, y han realizado intervenciones en la comunidad de tipo preventivo.

El tema de prevención es muy interesante y habrá que manejarlo a futuro. Es decir, preocuparse del “antes de que” aparezcan las enfermedades. Ahí Dalcroze seguramente es muy útil, como también Orff, en especial con los niños. La autoestima se les refuerza, porque muchos niños en sus familias experimentan lo contrario. Los humillan y luego ellos aparentemente no sienten nada. En esos grupos se podría contrarrestar un poco ese daño. Yo creo que todas las artes se prestan para que los niños se desarrollen en forma más saludable.