https://doi.org/10.56085/isss.547

# La reconstrucción del concepto integral de salud y la musicoterapia comunitaria

## Reconstruction of integral concept of health and community music therapy

## Reconstrução do conceito integral de saúde e musicoterapia comunitária

Leonardo A. Morales Hernández[1]

## Resumen

***Objetivo:*** Promover la salud y la salud mental en un proceso de construcción mutua con la comunidad nativa, a través de la investigación realizada en este grupo étnico, en medio de un proceso de descolonización y reindigenización, en el que la recuperación de su memoria ancestral es fundamental en su identidad y sus prácticas médicas indígenas tradicionales. ***Fechas y lugares de ejecución del estudio:*** la investigación se realiza entre 2012 y 2014, en el Municipio de Cota, Cundinamarca, Colombia, en la comunidad muisca. Métodos: se hace el abordaje desde una mirada de la salud en Occidente analizando su fragmentación y la disociación de la salud y la salud mental, a través de la aparición histórica de la medicina alternativa, con su papel integrador, en contraposición y complemento al modelo biomédico clásico, en el cual la musicoterapia comunitaria evoluciona como una alternativa de abordaje integral de la salud y de la salud mental en el ámbito de las intervenciones comunitarias. ***Resultados:*** con la práctica de la musicoterapia, se busca fortalecer las prácticas culturales partiendo de los contenidos que ya poseen los miembros de la comunidad, reconstruir la subjetividad, obtener sentido y significado como un todo participativo orientado a la salud, recuperar la totalidad y el poder del lenguaje narrativo global y desplegarlo hacia la propia comunidad buscando la promoción de la salud global, integradora de la salud mental. ***Conclusiones:*** debido al fortalecimiento de las características de identidad y cultura, el lenguaje de la musicoterapia como aproximación al trabajo comunitario permite ayudar a construir vínculos de justicia y equidad; por otro lado, como terapia alternativa, la musicoterapia comunitaria permite la reconstrucción del concepto de salud integral dentro, con y desde la comunidad; esta práctica incluye el conocimiento y los capitales culturales en una narrativa contrahegemónica que busca la reinterpretación-comprensión de la situación social.

***Palabras clave:*** Musicoterapia, salud, salud mental, salud global, terapias complementarias (DeCS).

1 Doctor en salud pública, Universidad Nacional de Colombia. Médico psiquiatra. Magíster en musicoterapia y homeopatía. Especialista en gerencia de instituciones de seguridad social en salud, 2017. Bogotá, Colombia.

# Abstract

***Objective:*** To promote health and mental health in a process of mutual construction with the native community, through research conducted in this ethnic group, in the midst of a process of decolonization and reindigenization in which the recovery of their ancestral memory is and places of fundamental in their identity and traditional indigenous medical practices. ***Dates of execution of the study:*** It is carried out between the years 2012 to 2014 in the Municipality of Cota Cundinamarca, Colombia in the Muisca community. ***Methods:*** The approach is made from a perspective of Health in the West analyzing its fragmentation and the dissociation of Health and Mental Health through the historical appearance of Alternative Medicine with its integrating role in opposition and complement to the classic Biomedical model in where the Community Music Therapy evolves as an alternative of integral approach of the Health and the Mental Health in the scope of the community interventions. ***Results:*** With the practice of Music Therapy, the aim is to strengthen cultural practices based on the contents already possessed by the members of the community, to reconstruct subjectivity, to obtain meaning and meaning as a participatory whole oriented to health, to recover the totality and power of global narrative language and deploying it towards the community itself seeking the promotion of global health, integrating mental health. ***Conclusions:*** Due to the strengthening of the characteristics of identity and culture, the language of music therapy as an approach to community work helps to build bonds of justice and equity, on the other hand as alternative therapy, Community Music Therapy allows the reconstruction of the concept of health integral within, with and from the community; This practice includes knowledge and cultural capitals in a counter-hegemonic narrative that seeks reinterpretation-understanding of the social situation.


***Keywords*** (MeSH terms): domiciliary care, home care, home care services, pediatrics, children.


# Resumo

***Objetivo:*** Promover a saúde e a educação em um processo de construção da sociedade com a comunidade nativa, como a pesquisa realizada em conjunto com o grupo étnico, em um processo de descolonização e reindigenização no qual a recuperação de suas memórias ancestrais fundamental en su identidad y prácticas médicas indígenas tradicionales. ***Fechas e espaços de ejecção do estúdio:*** Se realiza entre os anos de 2012 a 2014 no Município de Cota Cundinamarca, Colômbia na comunidade Muisca. Métodos: Escolhendo a situação da Saúde no Ocidente analisando a fragmentação e a dissociação da Saúde e da Mental Mental para o Aparelho da Medicina Alternativa com o seu Agente de Integração na Alternativa e Compliance para o Modelo Biomédico clásico en em la musicoterapia evolucioning as una alternative of enchanting integral of the Salud and de la Salud Mental en el ambito of the intervenciones comunitarias. Resultados: Com a prática da Musculação para a obtenção das melhores práticas culturais que participam nos contos que representam os miembros da comunidade, reconstruir a subjetividade, demonstrar o sentido e a importância como um todo participativo orientado à saúde, recuperar a totalidade e o poder delguaje narrativo global y desplegarlo hacia la propia comunidade buscando a promoção da saúde global, integradora da saúde mental. ***Conclusões:*** Devido ao fortalecimento das características de identidade e cultura, a linguagem da musicoterapia como uma abordagem ao trabalho comunitário ajuda a construir laços de justiça e equidade, por outro lado, como terapia alternativa, a Musicoterapia Comunitária permite a reconstrução da conceito de saúde integral dentro, com e da comunidade; Essa prática inclui o conhecimento e os capitais culturais em uma narrativa contra-hegemônica que busca a reinterpretação-compreensão da situação social.


***Palavras-chave*** Musicoterapia, Saúde mental, Saúde global, Terapias complementares (DeCS).

## Introducción

El presente escrito hace inicialmente una exposición sobre la localización del observador frente a los objetos de conocimiento —y, por ende, en la ciencia—, y luego, un recorrido sobre el proceso de fragmentación del individuo y de la salud por parte del paradigma dominante en Occidente y su mutua influencia sobre la medicina; se hace un análisis sobre la crisis y el cambio de paradigma hacia la década de 1960 y el desarrollo de otras opciones de reconstrucción del concepto de salud integral, como lo es la musicoterapia comunitaria, a través de la pregunta: ¿Cómo se reconstruye el concepto de salud, y cómo se lo aborda desde la musicoterapia comunitaria?

La concepción de la salud para lo que se ha denominado Occidente —cuyo concepto corresponde a algunas clasificaciones que pueden ser imprecisas, tomando en cuenta que los criterios para esta división no son realmente claros, y que algunos clasifican como la herencia greco-romana— ha tenido una evolución que en su devenir histórico legó un *concepto de salud basado*, principalmente, en los principios positivistas y los métodos empírico-analíticos (1), con una perspectiva epistemológica externalista (2) que fragmentó al individuo, alejó al hombre de la naturaleza, centró el interés en la causalidad lineal, hizo de la medicina un artículo de mercado y fomentó el individualismo dentro de un sistema capitalista que hizo crisis durante la década de 1960. Por lo menos, en cuanto a salud se refiere, esta crisis se hizo manifiesta en cuanto expectativa existente frente a la resolución de los problemas de salud en las comunidades y en cuanto al sistema educativo médico vigente, entre otros (3); ello trajo como consecuencia, entre otras, la reevaluación del concepto de salud, la reevaluación del sentido de la vida y la búsqueda de respuestas en otros paradigmas. Ello se observó de manera manifiesta en la reorientación de la salud colectiva de hoy como una recomposición del concepto de salud, en el ejercicio mismo de la salud pública y de las diferentes prácticas orientadas hacia la restitución de la salud, donde se habla de salud para no hablar exclusivamente de medicina como un acto ejercido por el médico. De igual manera, la medicina alternativa aparece hacia esa misma década (1960), como una opción de la recomposición del concepto de salud, nutriéndose de diversas fuentes y apuntando a un cambio en el ejercicio, tanto de las profesiones vinculadas a la salud como de la salud pública misma. Aquí se utiliza el término de medicina alternativa para hacer una diferencia con el ejercicio y las prácticas de la medicina hegemónica de Occidente; dentro de las alternativas existen más de 60 opciones, aunque, en realidad, lo alternativo no es la aparición de una de estas prácticas aisladas, sino la reconstrucción del concepto de salud de una manera integral. En lo sucesivo, se hará énfasis en la *musicoterapia* como uno de los componentes de la medicina alternativa, y que actualmente hace parte del campo de la medicina complementaria, el cual se refiere a la actividad en la que, desde diferentes saberes o sistemas médicos, se trata de brindar a las personas soluciones integrales a sus problemas de salud, como, por ejemplo, las “clínicas del dolor” o los “cuidados paliativos”, entre otros.

## Planteamiento o discurso del observador según la posición que ocupe respecto a la observación de la naturaleza (internalista vs. externalista)

Clásicamente, se ha presentado la discusión en los niveles ontológico y epistemológico acerca de cómo se conciben los objetos existentes en el mundo; la vida y la salud serían algunos de ellos.

Refiriéndonos a la división hecha por Aristóteles (384-322 a. C.), las causas para explicar los fenómenos se pueden clasificar en: 1) *materia*l, o lo que compone el objeto; 2) *eficiente*: las fuerzas o las energías que lo mueven; 3) *formal*, o el plan de la organización o la estructura; 4) *final*, que es el motivo o la razón que hizo que una estructura emergiera.

Utilizando la división arbitraria de Occidente-Oriente, se puede decir que en la ciencia de Occidente se observó un predominio de la comprensión del mundo basada solo en las dos primeras causas mencionadas, con un modelo mecanicista que tuvo como autores fundamentales en su estructuración a Bacon, Descartes y Newton, y cuyos supuestos principales son: 1) la existencia de un nivel fundamental de descripción; 2) la naturaleza (para el caso, la de la salud) tiene una descomponibilidad; 3) las leyes físicas (y, por lo tanto, los principios explicativos de la salud) son eternas e inmutables; 4) todo es mensurable y cuantificable (considera este planteamiento que si algo no es medible, no existe); 5) ausencia de propósitos o finalidades intrínsecas en la materia (a tal punto que un criterio de cientificidad fue excluir esa causa final aristotélica de su epistemología).

El materialismo-mecanicismo en su forma de conceptuar el cosmos explicó los fenómenos basándose en la descomponibilidad de la materia. Según el autor que explicara esta composición, los entes variaron en su nominación; así, eran *seres* para Laplace; *objetos*, para Descartes; *corpúsculos*, para Newton (1. Causa material) y por otra parte las fuerzas que lo movían (2. Causa eficiente), reduciéndose la realidad y de esta forma la “explicación”. En la salud, el concepto mismo de “explicación” pretende explicitar en términos formales la composición y las leyes que rigen la naturaleza del mundo reduciendo ahora a un lenguaje verbal e idealmente matemático los fenómenos, en contraposición con el concepto de *comprensión*, que pretende hacer una representación en un nivel verbal, o en alguna forma de lenguaje, de los fenómenos, reconociendo que las *comprehensiones* pueden ser variables según los métodos utilizados. Por otro lado, es importante aclarar que el término salud, es posterior a la discusión de materialismo-mecanicismo, por lo tanto, de manera estricta, sería un arcaísmo, más sí se encontraba el de "enfermedad”, reduciéndolo a un componente material macroscópico

y/o microscópico y a las fuerzas físicas exclusivamente que lo mueven (materia y energía), en una dualidad permanente. Desde este planteamiento, la vida misma es entendida como un proceso mecánico, determinado por leyes universales, y, por ende, susceptible de ser completamente reducida a niveles matemáticos (2).

En concordancia con Laplace, se consideró que el mundo (para el caso, la salud) era totalmente cognoscible:

> un ser inteligente que en un instante dado conociera todas las fuerzas que animan la naturaleza y las posiciones de los seres que la forman, y que fuera lo suficientemente inmenso para poder analizar dichos datos, podría condensar en una única fórmula el movimiento de los objetos más grandes del universo y el de los átomos más ligeros: nada sería incierto para dicho ser, tanto el futuro como el pasado estarían presentes ante sus ojos". A este pretendido ser inteligente algunos autores le han llamado "el demonio de Laplace". Citado por Andrade (2)

Así, solo eran necesarias herramientas que permitieran sumar este saber para darle organización, se otorgó a la matemática la función de reducir las imprecisiones y se le dio cabida a la estadística como herramienta principal para reducir la incertidumbre de la variabilidad; de esta manera, para finales del siglo XIX y principios del XX, a la física se la consideró la rectora del conocimiento y la vanguardia del determinismo. Esta dirección rectora hizo crisis cuando la física cuántica encontró, finalmente, que la posición del observador alteraba la lectura pretendidamente "objetiva" respecto a lo observado, y que el aparato teórico, al que se consideraba infalible, tenía grandes incertidumbres que no podían ser resueltas desde su propia epistemología y su metodología (4).

Vale la pena citar la frase de Albert Einstein respecto a su propia posición sobre el uso de la matemática como una herramienta reduccionista "en lo que las leyes matemáticas se refieren a la realidad, no son ciertas; y en lo que son ciertas, no se refieren a la realidad" (citado por Capra) (4).

Así, desde el punto de vista epistemológico la "explicación del mundo" se fue haciendo más incierta; es decir, ese determinismo mecanicista al tratar de llegar hasta sus últimas consecuencias de composición de la materia se encontró con el indeterminismo, y así, sus principios fundamentales, basados en la física newtoniana reduccionista y la matemática, se quedaron sin piso.

Desde este criterio mecanicista, la ciencia ha realizado una observación que puede llamarse externalista, y sus características serían: 1) *El sujeto es un observador externo*, la descripción se hace de una manera completa y acabada; 2) Este sujeto u observado *se mueve en una escala macro*. En cuanto a la jerarquía observacional, el observador se encuentra en el nivel inmediatamente superior al descrito; la finalidad de la descripción es hacer predicciones deterministas. En cuanto a las leyes naturales, estas tienen formulaciones a priori sobre ellas mismas; su perspectiva tradicional es mecanicista y la metáfora cognitiva es "*el demonio de Laplace"* (2).

Considerando no solo las dos primeras causas aristotélicas, sino haciendo un énfasis en las tres últimas, se ha desarrollado otra forma de observar el mundo, y a la cual se puede llamar *vitalista*; en dicho planteamiento, se considera que:

> Hay propiedades que emergen de las situaciones o de los fenómenos cuando se encuentran funcionando en conjunto (es decir, el todo es diferente a la suma de las partes), los sistemas no se pueden descomponer; es necesario tener cautela con las leyes de carácter universal ya que "el orden de la naturaleza es producto de una reconstrucción racional", una actitud social de construcción y elaboración a partir de hipótesis y modelos. (2)

Por otro lado, se considera que existe una dimensión cualitativa que es irreducible a lo cuantitativo, donde existen propósitos y finalidades en la naturaleza viviente.

Aunque no se lo ha asociado clásicamente a esta epistemología, Blas Pascal (1623-1662), filósofo y matemático contemporáneo y contradictor de Descartes, planteó conceptos compatibles con esa visión como: "las verdades son circunscritas a las regiones en las cuales la experiencia fue producida, la naturaleza no obedece leyes universales y las relaciones con los objetos no son naturales, son construidas" (5), pero tales ideas no recibieron suficiente atención ni desarrollo en esa época.

Este vitalismo en Occidente tuvo uno protodesarrollo en la filosofía de Heráclito, quien consideraba que el mundo se encontraba en un continuo cambio, en un eterno devenir nacido de la interacción dinámica y cíclica de los opuestos (4), pero tampoco desarrolló con más amplitud su planteamiento. Mucho tiempo después, esta idea es retomada en Europa, y tuvo su asentamiento en la filosofía romántica alemana del siglo XVIII; también, en Francia, con Diderot, y posteriormente, con Lamarck, quien considera que la característica propia de la vida es la organización, y, por ello, estar organizado tiene un sustrato mínimo de impulso que se puede llamar *principio vital* (2).

Con toda claridad, este planteamiento alude a las causas formal y final (principio vital que organiza), las cuales, en conjunto con la materia, forman la vida; la materia adquiere forma, "los organismos son totalidades autónomas capaces de auto-organizarse en sus fluidos orgánicos" (2).

Esta visión puede llamarse *internalista*, para diferenciarla de la primeramente descrita, pues obedece a otros principios, y considera que: 1) el papel del sujeto es el de observador interno participante; 2) las descripciones se consideran siempre incompletas y en curso; 3) la escala con la cual se evalúan las observaciones es de tipo micro —es decir, tiene validez solo para el contexto

en el cual se está realizando la observación—. En cuanto a la jerarquía observacional, el observador está a la misma escala que el nivel por él descrito, la finalidad de la descripción comprende que se debe manejar la incertidumbre local. En cuanto a las leyes universales, hace formulaciones *a posteriori*, su perspectiva tradicional es el vitalismo (también conocida como *organicista u holista*) y como metáfora cognitiva utiliza *Los demonios de Maxwell* (2). Se entiende, además, una característica intrínseca de un sistema determinado, en el cual el comportamiento de sus elementos sigue un curso por completo diferente del esperado por las leyes *a priori*; concretamente, en el caso de la termodinámica, se refiere a la concentración, aparentemente caprichosa, de las moléculas de los gases en dos compartimientos completamente distintos, aunque estén abiertos entre sí, en vez de realizarse el proceso de difusión simple, lo cual biológicamente está mediado por mecanismos enzimáticos y al nivel de los sistemas macro, por los procesos de información, por poner dos ejemplos sencillos. Es una restricción al azar, una bifurcación o un "capricho del demonio" (2) (a lo cual debe su nombre). Vale la pena aclarar que la restricción al azar (demonios de Maxwell), en los sistemas vivientes se refiere a la comunicación, al diálogo entre los individuos o los componentes de un sistema, y donde la información entra a formar un componente más dentro de la misma realidad; es decir, se desarrollan sistemas que se modifican entre sí en su relación con los otros, con alternativas insospechadas y redes de información, y se avanza así hacia un universo cada vez más incierto. Con esta perspectiva, la información y su interacción "mutua" con la estructura de los fenómenos y con el observador mismo transforma la causalidad final.

No podríamos decir que una sola de estas visiones prevalece sobre la otra; más bien, según el objeto que se esté observando, puede haber ventajas en la epistemología y en la metodología utilizadas; por otra parte, esta visión "holística", visión que trata de recomponer el todo integrando la visión de los diferentes observadores, consideraría las cuatro causas aristotélicas (material, eficiente, formal y final) y, de esa manera, acercaría al observador, desde una visión occidental, a lo que podríamos llamar una *ciencia de la complejidad*; es decir, una visión integrativa que trata de reconstruir el todo y de *unir distinguiendo*, donde se tengan en cuenta lo interno y lo externo, donde la "in-formación" se considere un elemento fundamental para dar forma a la materia, donde lo interno de la organización se traduce como información y donde esta se organice en una sintaxis (orden de esta), una semántica (adquiriendo sentido y significado) y una pragmática (un lenguaje, el cual, para el caso de la musicoterapia, es un lenguaje corporo-sonoro-musical, que corresponda a las necesidades de los organismos —en este caso, a la salud—) y tenga utilidad en el conjunto de la salud de las personas, las familias y las comunidades.

## El modelo biomédico

El modelo hegemónico, en nuestro sistema, el cual puede catalogarse como biomédico, muestra desde sus orígenes en Grecia, entre los siglos VI-II a. C., una primera ruptura con la separación de las prácticas sagradas de la medicina, y, por lo tanto, la fundación de una teoría de las enfermedades, una semiología y una terapéutica (6); entiéndase aquella cultura hegemónica como heredera del saber griego y romano, con influencia judeocristiana, mayoritariamente blanca, descendiente parcial o total de la colonización europea del resto del mundo a partir del siglo XVI, que habla idiomas provenientes de esos países europeos y se encuentra actualmente en el modelo económico capitalista avanzado, donde el sistema político es supuestamente democrático y los esquemas académicos que detenta (creación de conocimiento) son, principalmente, pospositivistas, con metodologías empírico-analíticas, todo lo cual se autodenomina *Occidente* (pero desconoce, por ejemplo, que, geográficamente, los indígenas de la llamada América son occidentales).

Este modelo, basado en las causas material y eficiente, se estructuró en una práctica terapéutica y en la explicación de las enfermedades desarrolladas por Galeno (130-200 d. C.) y su escuela, además de los aportes de Avicena en el siglo XI, y en cuyo modelo las enfermedades se reducían a la mecánica de los cuatro humores (sangre, flema, bilis y atrabilis) y a los factores, generalmente externos, que los dinamizaban para producir las enfermedades (7). Para este planteamiento, el concepto de *Eukrasia* se refería a una buena mezcla en calidad y cantidad de los humores, en contraposición a la *Dyskrasia*; por tanto, la enfermedad.

Este modelo europeo persistió por más de 1500 años y se fortaleció (durante el Renacimiento) con criterios mecánico-medioambientales como los "miasmas", con las consecuentes tecnologías mecánicas, tanto en lo individual como en lo público, para su tratamiento (8).

En una etapa posterior, se amplió el conocimiento y se estructuró hacia la época del clasicismo (siglos XVII-XVIII) la enseñanza de las disciplinas básicas, como anatomía, fisiología y patología, como parte de un nuevo saber médico, una racionalidad médica donde se "(…) sobrepone el saber médico de las enfermedades al arte de la cura (…), donde el proyecto epistemológico de la medicina pasa a ser la producción de conocimiento sobre las enfermedades, sus orígenes, causas y localización" (9). El conocimiento médico se orientó hacia la naturaleza de las enfermedades como entidades autónomas, fijas, concretas e inmutables, como si fuesen algo extraño, prácticamente aislado de la persona.

Esta ruptura entre la ciencia médica (*episteme*) y el arte de curar (tecné) es criticada particularmente por Hahnemann a finales del siglo XVIII, con la afirmación de que "se debe tratar a los pacientes, no a las enfermedades" (10).

La racionalidad médica hace su consolidación definitiva hacia los siglos XIX-XX, en la alianza institucional dada entre los hospitales y los centros de formación y reproducción del saber médico, con una "tecne preconstruida, institucionalizada, hecha para el diagnóstico de las

enfermedades y limitando el espacio para el ejercicio del arte de cura" […] y la progresiva "fetichización de los equipamentos médicos, incluidos los fármacos" (9). Esta fragmentación y fetichización fue hábilmente utilizada al comienzo por la industrialización, y posteriormente, por el capitalismo; hoy día, es un principio fundamental de la organización de todas las prácticas que funcionan en torno a la "salud" de manera hegemónica y del mercado que las regula, lo cual se hace aún más evidente en la "era de la información", donde el saber es llevado a patentes, industrias farmacéuticas, productos para medicamentos, insumos y equipos médicos, y así se convierte en una espiral perversa donde la relación tratante (médico)-paciente (usuario) está mediada por múltiples tecnologías que distancian cada vez más su interacción en el anonimato y la frialdad característicos del sistema economicista que caracteriza, particularmente, los actuales sistemas de salud. Un buen ejemplo de dicho anonimato es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de Colombia, instaurado por la Ley 100, y que en su aplicación distanció aún más la relación médico-paciente y fragmentó los servicios de salud en un aseguramiento donde el propio usuario ignora cuáles son sus derechos en salud, quién debe brindarlos y las llamadas "entidades promotoras de salud" (EPS), que operan de un modo bancario, buscan la manera de entorpecer el ejercicio de los derechos de los usuarios. Por otra parte, el Estado, con sus instituciones y su legislación, es incompetente para garantizar de manera efectiva los derechos de los usuarios; especialmente, aquellos sin capacidad de pago.

Con el desarrollo de la teoría de los gérmenes y el manejo de las epidemias (en Inglaterra y sus colonias, durante el siglo XIX) la salud pública estructura un modelo de saber altamente numérico y analítico (la epidemiología clásica), y así e consolidó definitivamente el modelo mecanicista con metodología empírico-analítica como el patrón hegemónico y su asociación a la política, a la educación hegemónica institucional y al modelo de producción económica.

Ontológicamente esta racionalidad médica corresponde a un concepto trascendentalista (incluso, relacionado con la teodicea judeocristiana) donde el hombre está fuera del mundo y busca cada vez más ubicarse cognitiva, corporal, emocional y epistemológicamente, de una manera externalista, ante los distintos fenómenos, y, para el caso particular, a la salud y a la enfermedad "como un objeto extraño".

Este modelo epistemológico —que lleva implícita la "utopía del desarrollo", pues se consideraba que en una línea del progreso las naciones centroeuropeas, que estaban en la cúspide del desarrollo, y los demás países, incluidas sus colonias o los pueblos que fueron invadidos y despojados con ese pretexto, deberían seguir este camino, a su servicio, para hacer llegar hasta ellos "el culmen final de la civilización" (lo cual corresponde a la dicotomía: civilización-barbarie)— prometió resolver, en los planos global y particular, la totalidad de las demandas de la población; en el campo de la salud en particular el modelo aspiró a aliviar el sufrimiento de la humanidad, e, incluso, ese "mal-estar difuso", como lo dicen algunos autores (9), como son los problemas de la salud diaria que no llegan a ser fatales; sin embargo, las crisis económicas y sociales, las guerras que se presentaron a lo largo del siglo XX a escala mundial y local, la lucha de las superpotencias bélicas y las crisis de los valores que sostuvieron ese sistema hegemónico desencadenaron crisis en el mundo; especialmente, en los países dominantes y sus colonias (impuestas y sometidas por Occidente), con la aparición de la contracultura, la cual también manifestó en el "campo de la salud" (11).

Utilizando los conceptos de Bourdieu (11), el campo de lucha de la salud sería la red de relaciones objetivas entre posiciones (para el caso, la medicina hegemónica y la alternativa), que incluye un capital común (el saber, las personas usuarias y los recursos, entre otros), una dinámica de lucha por la apropiación de ese capital y una jerarquía (que está otorgada por las diferentes estancias sociales).

Se genera así, en esta dinámica, un espacio social que se crea en torno a la valoración de los hechos sociales; es decir, agentes con distintos *habitus*, entendido como un principio y un sistema clasificador de los niveles sociales —entendiendo los agentes como los funcionarios de salud y sus usuarios—. Es la historia hecha cuerpo y mente que ejerce control y apropiación, esta dinámica implica la totalidad de actos y pensamientos, se acerca al concepto que en otros sistemas teóricos se denomina *rol* y que compiten por los recursos (capitales) materiales y simbólicos; es decir, que los agentes juegan en una *ilusio*, entendida como una creencia que ellos tienen sobre las dinámicas de juego en las que participan los componentes de un campo que genera estructuras para seguir con el capital (conceptualizado como poder).

Es importante resaltar que, así como se encuentra fragmentado el concepto de objeto, de hombre y de salud, de modo similar, los sistemas de atención presentaron fragmentación en diferentes niveles: tanto en lo conceptual como en lo práctico y en lo social. No solo se presenta una conceptualización fragmentada, sino que en el ejercicio, para algunos autores, como Mario Hernández, desde el "campo social de la salud" se opera una "fractura originaria" de la organización de los servicios de salud: dicha división, por ejemplo, en Colombia, se da en cuatro partes: 1) el campo de la higiene, 2) la atención médica para pobres, 3) la atención médica privada y 4) las personas ubicadas en la previsión y la seguridad social; con esta perspectiva, también es un reto para la salud pública la reintegración de los conceptos y los servicios (12). Aunque la ampliación de este concepto se encuentra por fuera de los alcances del presente texto, la reconstrucción de la integralidad de la salud por medio de las redes integradas de servicio de salud, es la principal opción que desde la salud pública se orientaría con buenos resultados, disminución de los costos y repercusiones sobre la calidad de los servicios y la calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades (13).

## La medicina alternativa

El término *medicina alternativa* no corresponde realmente a un tipo de medicina en especial, ni, particularmente, a un tipo de saber médico nuevo: algunas de sus versiones, como la medicina tradicional china y la acupuntura, tienen más de 4 mil años de construcción; ni siquiera se trata de un saber exclusivamente oriental: la homeopatía, por ejemplo, cuyas bases como modelo médico fueron establecidas a fínales del Siglo XVIII, por el médico nacido en Meissen, Samuel Hahnemann (13,14). Algunas de estas disciplinas o racionalidades médicas pueden basarse en conocimientos altamente fisiológicos (como la terapia neural), o utilizar los fundamentos del *Tao*, ("el ir, el camino, el sentido, la vía") como es la Medicina tradicional china que, de manera breve, se puede explicar como "un fluir que está en la naturaleza y en el cuerpo humano, permite un estado de salud permanente y es un viaje que permite ir hacia lo infinito, está en el microcosmos y en el macrocosmos, está en la parte y en el todo, y aun así se entiende en el conjunto de los elementos, y no en los elementos aislados" (15) o, por otra parte, utilizar dentro de su racionalidad elementos fisiológicos, sociales y psicológicos intrincados, entre otros (como en el caso de la musicoterapia).

Lo que realmente determina que una de estas prácticas sea "medicina alternativa" es el contexto político que se presentó entre las décadas de 1960 y 1970, y el cual dio origen al movimiento de contracultura, y, políticamente, favoreció que se buscasen "alternativas" a la racionalidad médica, tanto en la episteme como en la *tecné*, para los diferentes problemas que afectaban a la humanidad, y que *no* encontraban respuesta desde el paradigma hegemónico dominante (mecanicista, externalista, con su metodología empírico-analítica) en el ámbito médico ni en ninguno de los diferentes ámbitos de la sociedad; es decir, en el campo de la medicina y la salud, desde el sentido de Bourdieu, se desarrolló un nuevo tipo de capital que otorgó una dinámica diferente en el mundo; principalmente, en el hemisferio occidental.

Concomitantemente con estos cambios, la contracultura se manifestaba también en situaciones políticas como la descolonización de Francia y la lucha interna por ello, el Mayo del 68 francés (la imaginación al poder), la Primavera de Praga y la aparición de formas culturales que rompían el viejo modelo, como la música *rock*, donde la música y el arte juegan un papel preponderante en la crítica al *establishment* y en el rescate de fuentes culturales ancestrales en todo el planeta.

Como ejemplo de lo anterior, es decir, de la contracultura o lucha contra el poder hegemónico en el campo de la salud mental, *la antipsiquiatría* (16) criticó estructural y epistemológicamente al *establishment* psiquiátrico y logró cambios en el enfoque individual y poblacional, con el cuestionamiento de la familia como un núcleo de poder, con cambios éticos en la relación médico-paciente y la restitución de los derechos de los pacientes. De manera práctica, los cambios se evidenciaron en el ámbito político en leyes que impedían la internación indiscriminada de los usuarios en países como Italia y España (17,18) y la defensa de los derechos de los pacientes en Inglaterra y Estados Unidos por diferentes autores.

En Colombia, particularmente, autores como Álvaro Villar Gaviria mostraron una alternativa diferente de comprensión y atención en la salud mental, que en su enfoque englobaba las fuerzas sociales, históricas, personales y políticas en la comprensión de los comportamientos de las personas y del fenómeno de la salud mental; aunque se encuentra por fuera de los alcances del presente texto, se puede decir que este nuevo tipo de psiquiatría transformó la profesión y el campo de la salud mental para hacerlo más incluyente, participativo y respetuoso de las condiciones del contexto cultural y social de cada individuo, así como de los nuevos saberes que puedan aportar soluciones en tal sentido (19).

Se instaura una dinámica con condiciones de poder diferentes en un campo (20) de saberes y prácticas que eran de dominio exclusivo de un tipo de modelo; la salud mental, en particular, cobra importancia al darse participación teórica y práctica a diferentes experiencias y propuestas de tratamiento. Se busca un nuevo tipo de integralidad, donde los factores hasta entonces marginados son tenidos en cuenta: los culturales, la participación comunitaria y los saberes ancestrales (21). Para una profundización del concepto de campo de la salud, y, específicamente, de la salud mental, se recomienda explorar la argumentación de la política de la salud mental de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y de Molina (20,21).

El sentido mismo de integralidad busca que la salud mental esté integrada en la salud y en la vida diaria particular del individuo, la familia y la comunidad, y no en el ejercicio de una profesión en un consultorio.

Uno de los principios fundamentales de este "nuevo" campo de la medicina alternativa, que es una posibilidad como campo de participación ante el poder de la medicina hegemónica, es el principio del holismo, que tiene tres acepciones: una proveniente del pensamiento complejo eminentemente epistemológico (como holístico, sistémico, transdisciplinar), la segunda, directamente referida a la práctica de los terapeutas alternativos (los valores aplicados desde la racionalidad médica y el concepto de hombre integral) y la tercera, en el ámbito macrosocial (considerando al individuo parte de la totalidad social, ecológica, e, incluso, cósmica).

Otro principio, compartido por la medicina alternativa y el pensamiento complejo, es: "el todo es jerárquicamente superior a las partes, pues determina su valor e identidad (22)"; entendido desde el punto de vista sistémico y de la Gestalt, "el todo es mayor que la suma de las partes" (22), tanto desde los grupos humanos como desde el cuerpo, como una metáfora. Se insiste en que la descripción o la explicación fragmentada de las partes es una realidad por completo diferente de la totalidad (se critica la superespecialización), se busca recomponer el todo. Aquí es necesario comentar que esta fragmentación solo se dio en Occidente, y, de manera particular, en la medicina de origen europeo.

"El mapa no es el territorio, el nombre no es la cosa nombrada" (22) es otro principio compartido por el pensamiento complejo y la medicina alternativa, y en el cual se recalcan las diferencias que pueden existir entre las versiones de comprensión o de representación de un fenómeno, aun cuando cada uno de los autores del mapa o del modelo pretendan explicitar el sentido y el significado de su versión (4), con la frase sobre el mapa y el territorio que proviene del especialista en semántica Alfred Korzybki se expresa la limitación de cualquier lenguaje o sistema para contener o expresar la magnitud de la realidad. En palabras del físico Werner Heissenberg, "toda palabra o concepto, por claro que pueda parecernos, tiene solo un limitado margen a aplicabilidad" (4).

Epistemológicamente, y aún desde la teodicea (9), estos preceptos dan cuenta del principio de inmanencia, según el cual el hombre es parte del mundo, está unificado en cuerpo, mente y espíritu, y también, unificado a la naturaleza.

Durante la década de 1960 se hizo conciencia, en las diferentes sociedades, de situaciones contradictorias acerca de las cuales, hegemónicamente, antes se guardaba silencio histórico: por ejemplo, las guerras mundiales y los cambios que se presentaron en la internacionalización de la economía capitalista; se agravaron las dificultades y se verificó una pérdida de los valores humanos en los planos de la ética, la política, la convivencia social y hasta la sexualidad, con una sobrevaloración del individualismo, el consumismo y la búsqueda del poder sobre el otro (9); esta conciencia produjo una crisis general con la aparición de la contracultura y de los principios ya descritos en lucha por el campo de la salud, y ello generó nuevas comprensiones, un enfoque diferente sobre los valores, la participación comunitaria y política y la inclusión de los saberes.

De la misma forma, la medicina se mostró inefectiva para entender y solucionar los problemas de gran parte de la población; especialmente, en los países con grandes desigualdades sociales. Así mismo, se formó un círculo vicioso entre las instituciones hegemónicas y la racionalidad médica hegemónica, que aumentó la crisis; en palabras de un indígena amazónico (comunicación personal), "Occidente desacralizó la vida": cada una de las acciones del individuo perdió sentido y significado, y prácticas suyas como el alimento, la música, el sexo o la muerte eran tan solo rutinas.

En concordancia con lo expuesto hasta aquí, Pinheiro y Luz (23) refieren que el individualismo, el consumismo y la búsqueda del poder sobre el otro produjeron una cultura, una ética y una política social, en la que se dio la desacralización de la vida (altamente fundamentada en el racionalismo), y, en el caso de la medicina, se manifestaba buscando la "erradicación de la enfermedad"; incluso, instituciones completas tenían ese nombre como función (por ejemplo, en Colombia, el servicio de erradicación de la malaria, entre otras), de una manera fragmentaria, sin tener en cuenta otras dimensiones del individuo, la familia, la comunidad y la cultura. Y con el viraje de paradigma hacia lo alternativo, se buscó, en cambio, el "equilibrio en la salud" para la cura del individuo, facilitando un nuevo encuentro entre individuo, institución y gremio médico, donde el paciente-cliente debe ser quien escoja de acuerdo con sus propios valores sociales (entre los que se encuentran la solidaridad y la fe); en particular, este viraje se plasmó en Brasil durante la década de 1980, con la integración de la homeopatía al sistema de salud (23).

Esta forma de conceptualizar los servicios de salud requiere una gestión donde se favorezcan la democratización del proceso, la horizontalización de saberes, la promoción del multiprofesionalismo y la interdisciplinariedad, la renovación de prácticas integrales de salud, la valoración de la atención y del cuidado y la transformación de las dimensiones básicas para la política de salud (23), y, por ende, la transformación de la salud pública.

Las sociedades, en su necesidad de respuesta en materia de salud, viraron hacia Oriente, hacia sus saberes ancestrales propios o hacia nuevas prácticas —algunas veces de manera errática—, hacia otras con metodologías concretas, estructuradas y con una racionalidad establecida (como es el caso de la homeopatía, la acupuntura y la terapia neural, entre otras); en ocasiones, también se hizo desarrollando investigación y nuevo conocimiento para obtener nuevas respuestas (musicoterapia, programación neurolingüística, auriculoterapia, hipnosis ericksoniana y análisis jungiano, por nombrar algunas de ellas).

En conclusión, estas nuevas prácticas de medicina alternativa dan valor a la integración hombre-naturaleza-sociedad, dentro de un concepto inmanente y holístico, reconstruyendo el todo y facilitando la reinserción del individuo a la sociedad con una práctica política ecológica ambientalista buscando la respuesta a la totalidad de las demandas de salud de la población y rescatando la relación médico (terapeuta)-paciente (usuario).

En este proceso histórico-social, se ha operado la reconstrucción del concepto integral de salud, con retos que constituyen amenazas para este, como el SGSSS para Colombia, son un curioso ejemplo de fragmentación donde se observa la forma como debía ser atendida hasta 2014, por ejemplo, una persona con una lesión de brazo, antebrazo y mano: las dos primeras partes son cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el brazo y el antebrazo son atendidos por unas entidades y unos pagadores diferentes, y la tercera parte (la mano), que no está cubierta por el POS, debe ser atendida por otras instituciones y otros pagadores; y el sistema economicista-capitalista mundial indica la prevalencia de los intereses pecuniarios sobre el derecho integral a la salud para los individuos, las familias y las comunidades.

## La musicoterapia comunitaria

La música es un lenguaje universal y una forma de lograr expresión emocional que, al igual que otras formas del arte, hace parte del capital cultural (24) de una comunidad, en los diferentes niveles que se lo considere.

La musicoterapia es una definición reconocida oficialmente y que abarca casi todos los campos de aplicación:

> La musicoterapia es la utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un cliente o grupo, en un proceso para facilitar y promover la comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, en el sentido de resolver necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como objetivo desarrollar el potencial y/o restablecer las funciones del individuo para que él/ella pueda alcanzar una mejor integración intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de prevención, rehabilitación o tratamiento. (Federación Mundial de Musicoterapia)

La musicoterapia es una disciplina que usa la música en el amplio sentido del fenómeno "corporo-sonoro–musical" (25) como herramienta terapéutica. En su forma de aplicación concurren diferentes modelos: existe, por ejemplo, un modelo biomédico (neurobiológico), que considera al cerebro el centro de control del organismo y recurre a la música procesada por y a través de él, como un estímulo neuronal apropiado fisiológicamente para lograr la integración cognitiva y afectiva, y facilitar así el desarrollo de procesos terapéuticos (26), y entendida, también, como una forma de explicar la conducta musical humana desde la neurofisiología (27), en temas de orden biomédico como la activación (28) y la memoria (29).

Vale la pena agregar que estas formas de aplicación son muy dependientes del concepto médico; son asistencialistas, institucionales, muy directivas desde el papel del musicoterapeuta, están centradas particularmente en la enfermedad y tienen fácilmente una tecné preconstruida, al igual que muchos de los productos médicos.

A diferencia del enfoque hasta ahora descrito, otros modelos musicoterapéuticos trabajan desde fundamentos psicológicos en los planos individual, familiar y grupal (30).

Los modelos que utilizan especialmente los fundamentos psicológicos se desarrollan, por lo regular, de manera individual y despliegan una práctica más individualizada y construida con la situación de cada paciente y de cada caso, buscando la transformación, el mejoramiento de la calidad de vida y un nuevo sentido y significado; el papel del musicoterapeuta en estos casos tiende a ser menos directivo, e, idealmente, busca la independencia del sujeto.

La musicoterapia comunitaria, por otra parte, y sin desconocer los fundamentos de los modelos descritos, hace de su propio campo de aplicación la comunidad, entendiendo por esta al conjunto de personas vinculadas con saberes, vivencias y circunstancias compartidas, lo cual implica una estructura que se organiza en redes sociales (31).

Se puede decir que red social, que tiene unas características estructurales en cuanto a tamaño, densidad, composición (distribución), dispersión, homogeneidad/heterogeneidad, atributos específicos y tipo de funciones es "la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciales de la masa anónima de la sociedad" (32); en un sentido metafórico, la red es como la vida misma.

Es consecuente con el desarrollo del presente escrito afirmar que 1) la musicoterapia *comunitaria* se ocupa de la intervención en las comunidades abordando sus problemáticas comunitarias, sociales, políticas y de salud; 2) la musicoterapia *clínica*, que ha tenido mayor desarrollo, se ubica como una disciplina muy cercana a los campos médico, psicológico y psiquiátrico, y tiene el mayor número de trabajos y aplicaciones; 3) la musicoterapia *educativa*, por su parte, se desarrolla, especialmente, en los centros educativos aportando estrategias para los campos pedagógico y social del medio escolar. La musicoterapia es una de las medicinas alternativas y tiene como propósitos la participación, la organización y el registro personal y colectivo de la identidad cultural, respetando la diversidad cultural, la expresión personal de la comunidad acerca de sus malestares y sus padecimientos sociales, sus ritos y sus vivencias. Así mismo, profundiza la conciencia eco-socio-política-cultural, facilita la realización de proyectos comunes con solidaridad, la sinergia de redes y una ética comunitaria (24). La musicoterapia comunitaria es una práctica de la musicoterapia que promueve el bienestar social en, a través de y con la comunidad (24).

Como se colegirá del desarrollo del texto, el papel del musicoterapeuta comunitario se aleja completamente de las posiciones directivas en busca de integrarse a la comunidad con la cual se encuentra, en un diálogo de saberes desde el cual se construye una nueva realidad que variará, particularmente, con cada comunidad (es la perspectiva de un observador interno participante); es una posición política diferente, en la cual se busca, a través de la vivencia del lenguaje corporo-sonoro-musical (pragmática), la transformación del sentido y el significado (semántica) del orden de la vida del individuo y su comunidad (sintaxis), donde la in-formación emerge de los propios sistemas vivientes (interacción comunitaria) en su comunicación y su diálogo como individuos con una particularidad, como sucede en la visión neovitalista con los "demonios de Maxwell", la cual hace que cada experiencia sea específica de una narrativa compartida en un momento dado y sea por completo diferente de otra, aun en circunstancias similares para un observador externo.

En concordancia con lo anterior, aunque el musicoterapeuta sea cualificado, ante la comunidad es un participante que coconstruye, con y a través de la vivencia corporo-sonoro-musical con la comunidad, nuevas narrativas liberadoras, en las que se despliega y se teje el diálogo que integra de nuevo la salud que fluye en doble vía, de lo individual a lo colectivo, lo corporal y lo psicológico, lo emocional y lo racional, o la integración que permite el arte de cualquier otra dicotomía recuperando su función ancestral de tejer narrativas a través de

un diálogo transformador complejo, donde la estética está centrada en el sentido y el significado que se le otorga al producto, y no en la belleza del producto.

Para seguir con la construcción del campo de la musicoterapia como parte de la medicina alternativa, se puede decir que, dentro del contexto contracultural que se describió en los apartes anteriores del presente ensayo, hacia la década de 1960 emergieron formas alternativas de tratamiento, en distintos países; particularmente, en la Alemania comunista (la ex RDA), con Almut Seidel, donde se originó un cambio político hacia el empoderamiento de los grupos marginalizados y su capacidad de autoayuda, a través de la improvisación; posteriormente, en el decenio de 1970, con Isabelle Frohne-Hageman, se buscó un crecimiento de la conciencia del ser humano, históricamente situado en la existencia humana para no ser solo "un ignorante miembro del mundo" (33) Aquí vale la pena resaltar el estudio de Quintero (34), sobre el desarrollo de consciencia a través de los fenómenos musicales.

En los países nórdicos, Even Ruud (35) dice: "la perspectiva Biomédica desatiende la dimensión social", deja a muchos excluidos; especialmente, en el ámbito de las instituciones. La improvisación, como comunicación dentro de la musicoterapia, aumenta la posibilidad social de interacción. En musicoterapia, se llama modos a cuatro formas de intervención: 1) Receptivo, 2) Re-creativo, 3) Composición e 4) Improvisativo; de este último, se considera que, bajo unos parámetros terapéuticos, permite, en especial, la conexión entre los seres humanos con libertad y narrativas que construyen nuevos significados, en su estrategia de tomar las formas culturales y rescatar la herencia, para así producir cambios hacia una perspectiva en un campo diferente, donde la salud no está en las instituciones, sino en la interacción social, y el habitus, en el sentido de Bourdieu del trabajador en salud, se desarrolla directamente en el campo de lo social (35).

Hay una dinamización de la sociedad basada en la construcción de un nuevo sentido y un nuevo significado; en realidad no es un nuevo sentido, ya que ancestralmente se lo poseía: más bien, es una recuperación de sentido, operado desde los saberes culturales, desde su papel en la reconstrucción del tejido social, el autocuidado, la autonomía y la salud pública, como una vivencia cotidiana de la comunidad, y no una práctica salida de las instituciones oficiales hegemónicas.

Este tipo de intervención, como herramienta de la salud pública, permite el diálogo de múltiples participantes, donde la dinámica trasciende la relación de opresores-oprimidos, para aparecer la "información", con esto se hace referencia a la causalidad formal de Aristóteles, ya que da forma, estructura a una comunidad, con una sintaxis, una semántica y una pragmática, emergiendo una nueva condición, de esta manera el "Neovitalismo es una metáfora semiótica" (Andrade, comunicación personal [2] con sentido y significado, que crea narrativas compartidas que fortalecen y empoderan las comunidades con autonomía, desarrollo de saberes determinados y determinantes; se transforma la estética de la dinámica de poder en la dinámica de la adquisición de sentido y significado con el respeto de cada contexto cultural. Un ejemplo local para Colombia se puede observar en el documental disponible en el link: http://www.antropologiavisual.net/2008/los-sonidos-invisibles/, producido por la Universidad de Los Andes (36).

Se puede decir que se genera una dinámica autónoma y políticamente ejercida desde las culturas donde nace y se nutre "globalmente" con información, sin perder su valor original, como estética cultural; algunos llaman a este concepto glocal; es decir, con elementos de lo global con sentido y significado local en su contexto.

Con el fenómeno de la contracultura y la generación de nuevos espacios para la medicina alternativa, como es el caso de la musicoterapia, se dio, fundamentalmente, un cambio en los principios y los valores que Occidente consideraba los más importantes: el dinero, el poder (sobre el otro), el individualismo, por otros que se posicionaron políticamente: la conciencia, la tolerancia, la dignidad e identidad, la solidaridad y el autoentendimiento. Emerge así una perspectiva de "whole person", a través de estrategias como la expansión de la conciencia, la resocialización y la búsqueda de la confianza; se busca con esta perspectiva la conciencia de sí mismo y de la relación con el otro; para el caso, a través de la experiencia musicoterapéutica, y, muy especialmente, a través de la improvisación.

Para Even Ruud (24), la musicoterapia está reclamando algo de la función original de la música en nuestras culturas. Ello hace referencia a que esta era su función ancestral, ligada a la salud de una manera global, en la construcción de redes y en la función de proveer nuevos significados simbólicos; especialmente, a los grupos marginales y a facilitar su empoderamiento.

Desde el punto de vista de Stige (33), se opera un cambio social, un empoderamiento y la construcción de una comunidad y de identidad; particularmente, en los más vulnerables y excluidos, con equidad y participación. Para eso, fue necesario cambiar las metodologías hegemónicas empírico-analíticas que se venían utilizando, por otras formas de investigación, como la investigación-acción participativa (IAP), la cual no es en sí un método único de investigar: es, más bien, una posición política en cuanto a la construcción de conocimiento, y del saber, que puede tener diferentes metodologías. Otros nombres que recibe son *investigación militante* o *investigación participativa*, donde lo importante es el cambio social y político, en una condición de igualdad, donde se toma el saber popular para una autoinvestigación, el saber para el cambio; es decir, donde hay una compresión de la realidad y un *aprender haciendo*, y la etnografía. Es decir, lo que en realidad sucedió fue un cambio en los principios y los valores, en la epistemología, en el posicionamiento político y en las metodologías de investigación-intervención hacia lo integral, en un concepto de sanación que utiliza diferentes elementos de los contextos, y no exclusivamente los que salen de las instituciones médicas hegemónicas. Un concepto de salud pública, donde lo fundamental son la comunidad y la relación que se establezca con ella, y así, la musicote-

rapia se considera un mecanismo de empoderamiento y reconstrucción de sentido y significado en red, y un recurso para la salud pública.

En el contexto colombiano se puede hablar de que hay una multiplicidad de culturas desde las cuales se puede trabajar con sus propios recursos y sus valores: por ejemplo, la música *rap* y el arte *hip-hop* en los adolescentes de las comunidades de la Localidad de Ciudad Bolívar, en Bogotá, o la música de bandas populares interpretando currulaos en departamentos como Chocó, entre otros.

¿Cómo reconstruir el concepto integral de salud desde la musicoterapia? La posición personal del autor del presente escrito es similar a la de los autores que han trabajado el tema, donde se orienta la intervención musicoterapéutica a la reconstrucción de la salud a partir del trabajo corporo-sonoro-musical con la comunidad, en una epistemología que permite una relación mutuamente interactuante, determinada y determinante, que incide de forma directa en su actividad práctica y transforma el sentido y el significado de su comunidad y de su sociedad, donde se coconstruye el significado de "lo saludable" a partir de los emergentes de dicha in teracción; en palabras de Almeida Filho (5):

> La perspectiva de promoción y prevención crítica de la Salud Mental, nos permite (y nos impulsa) a pesquisar en estas experiencias: las características, los modos de trabajo y de organización, los impactos de la subjetividad (individual y colectiva), en la construcción de identidad, y en la producción de nuevas significaciones (citado por Leale y Peirano) (37)

Ahora bien, la experiencia de la *musicoterapia* comunitaria facilita la emergencia de narrativas vivas que reconstruyen la concepción de ser humano integral y la salud como una actividad dinámica con sentimiento de autonomía, responsabilidad y solidaridad. Algunos autores, como Cecilia Isla, prefieren utilizar el término musicopromoción para enfatizar el uso de la musicoterapia como "respuesta a la necesidad de orientar los servicios y la práctica en salud hacia un paradigma centrado en la salud positiva y no en la enfermedad" (36). La salud mental, por nombrar uno de los aspectos que fomentarían la musicoterapia comunitaria, es una epigénesis de la relación mutua entre los diferentes individuos y su colectividad, de la intersubjetividad y la individualidad compartida; el arte es, así, una herramienta que permite la relación entre unos y otros, y que a través de la relación individuo-comunidad permite mecanismos autoconstructivos de salud mental.

El ejercicio de la musicoterapia comunitaria en esta perspectiva permite el surgimiento de nuevas prácticas discursivas o estéticas, facilitadas por el fenómeno de contracultura, en el sentido de Pinheiro y Luz (22), donde se le da valor a una nueva estética de integración entre el hombre, la sociedad y la naturaleza, con el rescate de la teodicea inmanente (holismo), donde el hombre es parte de la naturaleza y se hace una reinserción del individuo a la sociedad general con construcción de tejido social; es una perspectiva ecológica ambientalista, a diferencia del individualismo hegemónico que caracterizó a Occidente; no en vano, esta perspectiva tiene relaciones con las prácticas orientales vitalistas en lo epistemológico, en lo médico y en lo artístico, entre otras prácticas.

En palabras Patricia Pellizzari,

> (…) transitamos en un proceso de construcción de identidad subjetiva y comunitaria con el fin de arribar a una comunidad competente, en la cual la reflexión y los actos de voluntad participativa arrojen a un nuevo sentido de pertenencia y cooperación entre semejantes. (38)

Desentrañando el significado de la musicoterapia comunitaria, podemos hacer con Brynjulf Stige (24) la exploración del término polisémico *communitas* (comunidad), con diferentes acepciones, como la de "algo público". Esta acepción de "público" o poblacional es un concepto central para definir el campo de la salud pública, una ecología de la vida sociocultural, de común unión, de comunicación, de sistema social, de experiencia; además, enfatiza en que esta es una palabra que proyecta la esperanza de establecer conexiones saludables; y desde las propias raíces de su idioma noruego, el término *trivsel* (que correspondería a bienestar, desarrollo saludable, crecimiento y prosperidad) para concluir con él que, fundamentalmente, su significado sería un sistema social con experiencia compartida que lleva la esperanza de hacer conexiones saludables.

El objetivo fundamental del musicoterapeuta es trabajar "musicando Musicking/Musicing: Christopher Small's (1998), David Elliot (1995), se refieren a 'realizar con la música y dentro de la música', una experiencia que incluye la vivencia corporal, sonora y musical transformadora en la que se involucran las personas y las comunidades de manera independiente; el musicoterapeuta lo realiza como práctica fundamental de su quehacer profesional" (24) en y a través de la comunidad para promover bienestar; musicar como una práctica integrativa y subversiva, ya que orienta a un cambio del mundo de alguna manera, con unos principios éticos, contribuyendo al bienestar de los habitantes de una comunidad, con los principios de las redes, y siendo así abierta y flexible. Para ello, debe tener tres elementos básicos fundamentales:

**1.** Debe lograr un cambio cultural y social, donde haya una perspectiva centrada en la cultura, entendiendo la música y la salud de una manera relacional, que se evidencia en la práctica y tiene como meta el desarrollo de una identidad cultural y el cambio social ya descrito.
**2.** Debe conceptuar la salud como cuidado mutuo observando la salud integrada a la vida humana, a la biología, a lo psicológico, a lo sociológico y a lo cultural; además, puntualizar que la salud está determinada por el mutuo cuidado de los miembros de una comunidad.

**3.** Debe fundamentarse localmente en el bienestar social.

En este modelo, la cultura (como teoría y práctica) es central y la salud se expresa como mutuo cuidado dentro

de la comunidad y como fuente de bienestar; tiene como metas el desarrollo de la identidad cultural y el cambio social, a través de los cuales busca construir una comunidad más articulada fortaleciendo su capital cultural y social y entendiendo capital social y cultural en el sentido del capital global de Bourdieu (11).

En concordancia con Stige (33), se afirma que la vida humana requiere la coexistencia mutua, y el papel de la cultura es regular dicha relación; ante las situaciones que tienen que ver con el capitalismo y la crisis del estado de bienestar que se presentó especialmente desde la década de 1980, el trabajo comunitario puede apuntar a la generación de más altos niveles de bienestar facilitando la integración de lo privado, lo público y los esfuerzos voluntarios, para lograr así la disminución de la inequidad, el sufrimiento y la injusticia.

Por otra parte, es pertinente revisar las "raíces de la musicoterapia comunitaria (su origen) en aspectos como los modelos convencionales de la moderna musicoterapia, los rituales culturales de sanación comunitaria, los modelos de socio-terapia y trabajo en red, y fortalecer con ello la aplicación práctica con procesos de investigación acción participativa (IAP) como estrategias para construir grupalidad" (39). Las prácticas comunitarias culturales, como los ritos y la música que está inmersa en ellos, le dan un marco a la vida de las personas y las comunidades y son fuente fundamental para el ejercicio comunitario.

En su ejercicio, la musicoterapia comunitaria forma una relación entre el individuo y su medio ambiente, y debe tener unas condiciones mínimas, según el contexto: 1) una agenda donde se concreten el cambio que se pretende, la estructura, las reglas y los rituales de la comunidad; 2) una "arena", o el espacio donde se va a desarrollar (público/semipúblico), donde se realiza el *performance*; 3) unos agentes humanos que realizan las dinámicas de los procesos de terapia (músicos, vecinos y diferentes miembros de la comunidad); 4) unas actividades que se realizan según las diferentes estrategias musicoterapéuticas en relación con los rituales y la racionalidad de la comunidad al trabajar con ella; 5) unos "artefactos": instrumentos musicales, equipos técnicos y lenguaje. Todo lo anterior forma una compleja red de relaciones, dentro de la cual se pueden construir nuevas posibilidades de sentido y significado (33).

Como conclusión, se puede citar que

> (…) la musicoterapia está ligada al desarrollo de una sociedad, al servicio del bienestar de sus habitantes, facilitando el empoderamiento de sus usuarios y de la gente común, con integración y participación (de lo privado a lo público y los esfuerzos voluntarios), constituyendo así ciudadanos que a la vez usen y conduzcan los servicios. (33)

El ejercicio integrador del hombre (sin dicotomías)-sociedad-naturaleza-sentido-significado es posible en un concepto de salud holística, a través del lenguaje de la musicoterapia comunitaria.

## Posibles aportes de la musicoterapia a la construcción de integralidad en salud

Se perfila la musicoterapia comunitaria como una herramienta adherida a los saberes de cada comunidad en su contexto, con poder político, de transformación hacia el bienestar y el cuidado mutuo, con implicaciones directas sobre la salud pública y la salud mental, de manera global.

Se da así un (neo) vitalismo en continuo flujo de transformación, con emergencia de nuevas propiedades con la comunidad; de esta manera, es necesario mirarlo como una integralidad junto con la comunidad, pues tiene un carácter dinámico, es cualitativo e irreductible y tiene finalidades en su naturaleza propia, se construye con las ecologías compartidas que le dan una significación particular.

La idea, para el autor del presente texto, es fortalecer las prácticas culturales partiendo de los contenidos que ya poseen los miembros de la comunidad, reconstruir la subjetividad, obtener sentido y significado, como un todo participativo orientado hacia la salud. De alguna manera, es recuperar la totalidad y el poder del lenguaje narrativo global, del cual hace parte el fenómeno corporo-sonoro-musical y desplegarlo hacia la propia comunidad buscando la promoción de su salud global (dentro de la cual está integrada la salud mental).

## Metodología

***La experiencia con musicoterapia comunitaria en la comunidad muisca de Cota (2012-2014)***

La comunidad nativa de la Cota muisca es un grupo étnico en medio de un proceso de descolonización y reindigenización en el que la recuperación de su memoria ancestral es fundamental en su identidad y sus prácticas médicas indígenas tradicionales.

Se buscó un consenso con los grupos de trabajo de participación horizontal establecidos en la comunidad, con el fin de establecer las metas. Como estrategia, se hizo especial hincapié en la producción de instrumentos ancestrales y su interpretación, para generar así participación, experiencias compartidas y organización comunitaria.

## Resultados

El proceso alcanzó los siguientes logros:

**1.** Fortalecimiento de la identidad; especialmente, en el organológico de los instrumentos musicales y las conexiones entre música, salud y cultura.

**2.** Refuerzo de la unión con participación, trabajo en equipo y organización comunitaria, junto con elementos más amplios de interacción.

**3.** Restablecimiento de la música como elemento de comunicación con profundo significado cultural, como parte de sus procesos terapéuticos y de salud.

**4.** Empoderamiento de la comunidad y de algunos de sus miembros para generar raíces culturales, así como procesos de sanación con elementos musicales y ejercicio de la autonomía.

**5.** Profundización en el conocimiento de la música, la cultura y la medicina en este grupo étnico en reindigenización. Reflexión con los miembros de la comunidad participante sobre los vínculos que los unen, sobre el valor del capital cultural y las rutas a través de las cuales pueden mejorar su propio bienestar.

La musicoterapia comunitaria en el trabajo descrito fue un ejemplo positivo de diálogo intercultural, tejido a partir de las necesidades de la comunidad. Facilitó un cambio en los principios y los valores considerados más importantes por Occidente, como el dinero, el poder (sobre los otros) y el individualismo, frente a otros valores políticos y epistemológicos, como la conciencia inmanente, la coherencia, la tolerancia, la dignidad, la identidad, la solidaridad, la autocomprensión y otras cualidades emergentes que aportan un nuevo significado a las prácticas comunitarias; especialmente, los relacionados con la salud y la cultura.

## Conclusiones

Debido a su fortalecimiento de las características de identidad y cultura, el lenguaje de la musicoterapia como aproximación al trabajo comunitario permite ayudar a construir vínculos con un sentimiento de justicia y equidad, de la misma forma como se construye una comunidad emocional en el sentido de Myriam Jimeno; es decir, la construcción de una comunidad abierta y flexible con una identidad consciente de sus diferencias, sus cambios y sus individualidades (40).

Como terapia alternativa, la musicoterapia comunitaria permite la reconstrucción del concepto de salud integral dentro, con y desde la comunidad; esta práctica incluye el conocimiento y los capitales culturales en una narrativa contrahegemónica que busca la reinterpretación-comprensión de la situación social y su salud, vista con una perspectiva integral, y, por lo tanto, una postura política liberadora.
La estética de esta narrativa liberadora, llena de sentido, permite a cada comunidad autónoma, como colectivo, trabajar, lograr y fortalecer sus potencialidades buscando fortalecer y proteger mecanismos contra las adversidades y las situaciones que puedan afectar a la comunidad en el sentido amplio del concepto.

## Referencias


1. Breihl J. Epidemiología Crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Luagar Editorial; 2003.
2. Andrade E. Los demonios de Darwin, semiótica y termodinámica de la evolución biológica. Bogotá: Universidad Nacional; 2003.
3. Frenk J. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Nueva York: OPS; 1992.
4. Capra F. El tao de la física. Barcelona: Sirio; 2007.
5. Almeida-Filho N, Coutinho D. A Causalidade, Contingencia, Complexidade o futuro do conceito de risco. Rev Saúde coletiva Rio de Janeiro, 2007;17(1):95-137.
6. Hipócrates de Cos. Juramento hipocrático y tratados médicos. Argentina: Editorial Gredos S.A.; 1999.
7. Sigerist H. Civilización y enfermedad. Fondo de cultura económica. Mexico: Fondo de Cultura económica; 1946.
8. Cipolla CM. Miasmas y humores. En contra un enemigo mortal e invisible. (M. Carol, Trad.) Barcelona: Crítica; 1993.
9. Amaral de Sousa E, Luz M. Bases socioculturais das práticas terapéuticas alternativas. História, Ciencias, Saúde-Manguinhos. 2009;16(2):393-405.
10. Hahnemann S. El organon de la medicina. 6ta. edición. (W. Boericke, Trad.) Buenos Aires: Editorial Albatroz; 1921.
11. Bourdieu P. Sociología y cultura. México: Editorial Grijalbo; 1990.
12. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2002.
13. Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COAN). Redes integradas de servicios de salud. Una aproximación desde Antioquia. Medellín: COHAN; 2012.
14. Hahnemann S. Doctrina y tratamiento homeopático de las enfermedades crónicas. (E. Flores, Trad.) Buenos Aires: Albatros; 1983.
15. Padilla J. Tratado de sanación en el arte del soplo. España: Editora Escuela Neijing; 1999.
16. Cooper D. Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidos; 1972.
17. Szasz T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Paidos; 1961.

18. Cooper D. La muerte de la familia. Buenos Aires: Paidos; 1972.

19. Villar-Gaviria A. El niño otro oprimido. Bogotá: Editorial Carlos Valencia; 1973.

20. Molina C. Cátedra UNESC. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia; 2005.

21. Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). Propuesta de la Política en el campo de la salud mental. Bogotá: ACP; 2009.

22. Bateson G. Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrourtu; 2011.

23. Pinheiro R, Luz M. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. En R. A. Pinheiro, Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de JAneiro: Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2007.

24. Pavlicevic M, Ansdell G, Ruud E, Stige B. Community music therapy. UK: ED Jessica Kingsley Publishers; 2004.

25. Benenzon RR. Manual de musicoterapia. Barcelona; 1981.

26. Taylor D. Fundamentos biomédicos de la musicoterapia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Musicoterapia; 2010.

27. Lichtensztejn M. Música y medicina, la aplicación especializada de la música en el área de la salud. Argentina: Ediciones Elemento; 2009.

28. Llinás R, Chuchland P. El continuum mente-cerebro, procesos sensoriales. Bogotá: Universidad Nacional Unibiblos: Universidad del Rosario; 2006.

29. Montañés-PMR. Neurociencias en el arte. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001.

30. Bruscia K. Modelos de improvisación en musicoterapia. Salamanca: Agruparte; 1999.

31. Klefbeck J, Dabas E. Terapia de red un método de tratamiento en situaciones de crisis. Sistemas Familiares. 2000:47-63.

32. Sluzky C. La red social: frontera de la práctica sistémica . Barcelona: Editorial Gedisa; 1996.

33. Stige B. The relentless roots of community music therapy. Voices: A world forum for music therapy. 2002.

34. Quintero A. Salsa, sabor y control: sociología de la música tropical. México: Siglo XXI editores; 1999.

35. Ruud E. Music therapy – history and cultural contexts. Two major new texts on music therapy. Nordic Journal of music therapy. 2000;9.

36. Universidad de los Andes. Antropología social [internet]. 2008 [citado 2017 jul. 18]. Disponible em: http://www.antropologiavisual.net/2008/los-sonidos-invisibles/

37. Leale H, Peirano R. Vulnerabilidad y arte. Experiencias creativas como espacios de salud en áreas marginales urbanas. En G. y. En Zaldúa, Praxis psicosocial comunitaria en salud, campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: Eudeba; 2010. pp. 233-7.

38. Pellizzari P, Rodríguez R. Salud, escucha y creatividad, musicoterapia preventiva psicosocial. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador; 2005.

39. Pellizzari P. Crear salud, aportes de la musicoterapia preventiva-comunitaria. Buenos Aires: Patricia Pellizzari Editora; 2011.

40. Jimeno M. Lenguaje subjetividad y experiencias de violencia, en sujetos del dolor, agentes de dignidad VEENA DAS. Bogotá: Francisco Ortega; 2008.

*Recibido para evaluación:*
*20 de septiembre de 2017*
*Aceptado para publicación:*
*9 de abril de 2018*

***Correspondencia***

*Leonardo Morales*
*leoaph2007@gmail.com*